FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 № 31

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

GROGNOT Paul

né à Paris le 28 avril 1904

Externe des Hôpitaux

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Considérations sur les phlegmons de la Loge amygdalienne

Président: G. CANUYT, Professeur

STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz

1931

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 № 31

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

GROGNOT Paul

né à Paris le 28 avril 1904

Externe des Hôpitaux

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire

Considérations sur les phlegmons de la Loge amygdalienne

Président: G. CANUYT, Professeur

STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz

1931

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur	NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	VLÈS ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique . . .	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	N. . .
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique . . .	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique . . .	PAUTRIER O. ✻ ✪ I
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
FONTÈS ✪ A.
MM. GÉRY ✪ A.
SCHWARTZ ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés

MM. BENOIT
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✻ ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ A.
MM. KREISS
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A.
SIMONIN ✻
VAUCHER ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire :

MM A. BOECKEL ✻ ✪ A. M. MEYER ✪ A. ROEDERER

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548008_0067

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON PARRAIN

en témoignage de notre profonde affection et de notre reconnaissance infinie.

A MA SOEUR

À MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES CANUYT

Directeur de la nouvelle Clinique oto-rhino-laryngologique.

Notre Maître d'Externat qui nous a toujours témoigné le plus bienveillant intérêt; lorsqu'attiré par sa parole claire et ses savantes leçons, nous nous sommes intéressés à la laryngologie. Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et guidé constamment dans sa réalisation Qu'il soit assuré de notre dévouement et de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GERY

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches et nous aider dans la rédaction de notre thèse. Qu'il trouve ici l'expression de nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Notre Maître d'Externat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HORNING

Assistant à la Clinique oto-rhino-laryngologique.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

A MONSIEUR LE MEDECIN-CHEF
DE L'HOPITAL MILITAIRE GAUJOT

À MONSIEUR LE MEDECIN
LIEUTENANT-COLONEL FERRON

A TOUS MES CHEFS DE L'ECOLE
DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

AUX MIENS ET A MES AMIS DE LA CLINIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

Introduction

Connus dans l'antiquité, les phlegmons de l'amygdale ont été décrits dans les Papyrus d'Ebers, puis par Hippocrate, Galien et Guy de Chauliac, pour ne parler que des Anciens.

C'est pourquoi ce travail pourrait sembler, à première vue, d'apparence banale et d'intérêt moyen. Mais son utilité actuelle provient du fait qu'en ouvrant les ouvrages classiques, les auteurs assignent aux phlegmons de l'amygdale un siège variable, d'où le nom qui leur fut donné et qui permet toutes les suppositions: de phlegmons périamygdaliens.

Notre Maître le Professeur Canuyt a pensé qu'il n'était pas logique d'instituer une thérapeutique de cette suppuration sans en connaître le siège anatomique exact.

Par des recherches expérimentales sur le cadavre, puis sur le vivant, le Professeur Canuyt, avec la collaboration de son assistant le Docteur Horning, est arrivé à prouver que le phlegmon le plus fréquent, dit antéro-supérieur, était extra-capsulaire, par conséquent buccopharyngien. C'est pourquoi il mérite, comme nous le montrerons au cours de ce travail, le nom de *phlegmon de la loge amygdalienne*. Au cours de ces recherches, nous avons pu constater l'utilité de la ponction exploratrice et la constance de la flore bactérienne. Tout ceci nous a permis de mettre au point la chirurgie de ces phlegmons.

Nous exposerons dans cette thèse:

Succintement l'historique des recherches sur le siège anatomique: d'après la clinique, d'après les expériences qui furent tentées sur les pièces anatomiques par les différents auteurs. Puis nous décrirons les recherches expérimentales qui ont été faites sur le cadavre frais et surtout sur le vivant, à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Nous attirerons l'attention sur la Ponction exploratrice en montrant la technique et surtout la valeur de cette manœuvre au point de vue pratique. Nous montrerons l'intérêt du lipio-diagnostic, car nous avons pratiqué des injections de lipiodol dans la poche de ces phlegmons, et nous avons fait ensuite radiographier ces malades.

Enfin nous insisterons surtout sur le traitement chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne. Nous proposerons l'incision large et au point déclive, et nous donnerons les résultats de l'amygdalectomie totale à chaud. Nous publierons au cours de ce travail les observations de chaque malade. Nous les avons recueillies dans le Service du Professeur Canuyt.

A la fin de cet exposé, nous tâcherons de présenter des conclusions générales. Elles seront la mise au point des idées de notre Maître sur les phlegmons de l'amygdale, auxquels il demande qu'on donne le nom de *phlegmons de la loge amygdalienne.*

Chapitre I.

Définition

Le phlegmon de la loge amygdalienne est une collection purulente bucco-pharyngée, située dans l'espace clivable qui se trouve entre la capsule amygdalienne et la paroi latérale du pharynx. Cette cavité remplie de pus a pour base le pédicule vasculo-nerveux de l'amygdale, comme plafond les muscles du voile du palais, comme paroi antérieure le pilier antérieur, comme paroi postérieure le pilier postérieur, et comme paroi externe l'aponévrose latéro-pharyngienne et le treillis musculaire du pharynx.

HISTORIQUE DES RECHERCHES SUR LE SIEGE ANATOMIQUE.

Les Théories.

Nous pouvons classer en 2 grands groupes les théories que nous allons exposer.

Le 1er groupe comprend celles qui supposent le phlegmon intra-pharyngien. Elles sont au nombre de trois. La 4e théorie à elle seule compose:

Le second groupe, celui qui suppose le phlegmon dans le cou, en dehors du pharynx.

Le premier groupe. — Ce n'est qu'à partir de 1853 que la première théorie basée sur la clinique exposa le siège du phlegmon péri-amygdalien. Elle appartient à Chassaignac qui à cette date écrivit à propos des phlegmons ayant fusé dans le cou: «Le phlegmon se forme non sous la tonsille elle-même, mais sous cette glande dans le tissu cellulaire lâche, interposé entre la capsule fibreuse et les parois propres du pharynx». Plus tard, Verneuil renforça cette opinion: «l'amygdalite phlegmoneuse serait mieux désignée par le nom de phlegmon péri-amygdalien». Le phlegmon, en effet, n'envahit pas le parenchyme de l'amygdale elle-même, mais il siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale.

Trousseau, dans ses leçons cliniques, développait cette conception, également soutenu par Luschka.

Broca faisait bien remarquer que la collection était intra-pharyngienne séparée de l'espace maxillo-pharyngé par les muscles amygdaloglosse et

constricteur supérieur du pharynx. Mais il soutenait que le phlegmon péri-amygdalien se trouvait à la face profonde de la capsule amygdalienne entre la capsule et l'amygdale.

Cette théorie, que nous pouvons nommer: théorie des chirurgiens, est celle qui semble adoptée de nos jours. Collet, Moulonguet, Truffert sont de cet avis.

La seconde théorie date de la fin du XIX[e] Siècle: Killian, après des travaux sur le rôle pathologique de la fossette sus-amygdalienne, décrivit avec soin cette région anatomique importante et en fit le siège de l'abcès. Ce qui importe, dit Killian, c'est que l'on a affaire à une collection intra-pharyngienne. D'ailleurs Ricardo Botey conseille l'ablation des deux tiers supérieurs de l'amygdale, et considère que l'amygdalite phlegmoneuse siège dans la fossette supra-tonsillaire. Avec lui, His, Killian, Petersen, Grünwald attirent l'attention sur les méfaits de cette région.

La troisième, soutenue par Kowler, se basait sur le fait qu'au niveau du voile du palais au-dessous de la muqueuse, s'étale une vaste nappe de tissu conjonctif. Cette région est donc propice au développement d'une suppuration. D'autre part, la symptomatologie de l'affection est vélique. Il était donc naturel qu'il écrive: «ces phlegmons ne sont que de simples collections purulentes du voile, le foyer siégeant dans l'épaisseur du voile, entre les couches musculaires.» Dans ce cas, la collection, comme dans tous les cas précédents, serait intra-pharyngée.

Le Deuxième groupe représente la collection purulente péri-amygdalienne comme naissant et se

développant en dehors du pharynx dans l'espace pré-stylien ou espace sous-parotidien antérieur de Sébileau. Ce serait une collection de la région cervicale. Chiari, dans une étude sur la péritonsillite phlegmoneuse, dit que cette forme se rencontre en dehors et en haut de l'amygdale. Elle naît par progression de microorganismes dans les lymphatiques qui sont contenus dans le «Spatium pharyngomaxillaire», et en particulier dans la partie antérieure de cet espace.

Cette théorie a été reprise par Arsimoles en 1902 dans sa thèse. Nous allons relater dans un instant ses expériences.

Terracol, dans un article récent ayant trait au siège anatomique des phlegmons péri-amygdaliens, termine ainsi: «le phlegmon péri-amygdalien dit antéro-supérieur semble se collecter en deux points:

a) dans la fossette sus-amygdalienne: c'est le phlegmon intra-vélique,

b) dans l'espace pré-stylien: c'est le phlegmon sous angulotubaire.»

Les Expériences.

L'historique des théories ayant été exposé, nous allons présenter les expériences qui furent faites par Cobb d'abord, Arsimolles ensuite, sur les pièces anatomiques.

Expérience de Cobb, en 1899, il injecta de la cire dans l'espace maxillo-pharyngien, après avoir traversé avec une aiguille les parois du pharynx.

Cette injection détermina au niveau du voile du palais une voussure qui rappelait celle que l'on constate en clinique en présence d'un phlegmon

péri-amygdalien antéro-supérieur. Cet auteur en conclut que le phlegmon siégeait dans le cou au niveau de l'espace maxillo-pharyngé. Il est facile de discuter la valeur de ces expériences en faisant remarquer que la cire devant être injectée à une température élevée, lésait les tissus et permettait une diffusion du liquide. D'autre part, la voussure du voile du palais ne se produisait pas régulièrement à chaque injection.

Epérience d'Arsimoles. — Dans sa thèse, Arsimoles, en 1902, reprit ces expériences sous le contrôle de Charpy et d'Escat. Au lieu de la cire, il choisit de la gélatine.

Arsimoles fit deux injections. La première injection fut faite dans le pharynx en dehors de l'amygdale. Il semble qu'il était impossible d'injecter la couche sous-muqueuse, située en dedans de la tunique fibreuse par suite de leur accolement intime et l'absence de tout tissu cellulaire lâche. Au reste, les examens histologiques paraissaient montrer également l'absence presque totale de ce tissu cellulaire péri-amygdalien, dont Verneuil et Chassaignac auraient exagéré l'importance d'après Arsimoles. D'autre part, l'abondonce du pus, évacué lors de l'incision, ne concordait pas avec l'exiguïté de l'espace. Arsimoles conclut: « Il semble donc que le phlegmon ne peut siéger au niveau du tissu cellulaire péri-amygdalien.»

La deuxième injection fut faite dans l'expace préstylien; ce fut une injection cervicale; elle produisit, comme l'avait fait Cobb, une voussure caractéristique du voile. C'est le phlegmon artificiel d'Arsimoles.

En résumé, les expériences de Cobb et Arsimoles aboutissent à la conclusion suivante: «Le phlegmon péri-amygdalien se forme primitivement dans le cou, en dehors du pharynx, dans l'espace préstylien. C'est un phlegmon de la région cervicale».

Depuis plusieurs années, le Professeur Canuyt faisait remarquer dans son enseignement clinique «que cette théorie paraissait critiquable pour les raisons suivantes: l'anatomie nous apprend que le pharynx et le cou sont deux régions nettement séparées par une barrière, une sangle musculo-aponévrotique. La clinique enseigne que les collections cervicales ont une symptomatologie cervicale, et les collections pharyngées une symptomatologie pharyngée. (En général, bien entendu.) Il ne nous semblait donc pas possible qu'un phlegmon péri-amygdalien puisse siéger dans le cou, alors que cette cellulite était d'origine pharyngée et dont la symptomatologie est nettement pharyngée. Ensuite, pour quelles raisons le pus ne monterait-il pas dans les parties hautes et ne descendrait-il pas dans les parties basses de l'espace pré-stylien.»

Dans ces conditions, pour résoudre le problème, il fallait reprendre la question depuis le commencement. C'est ce que fit le Professeur Canuyt avec son assistant le Docteur Horning. Nous allons maintenant exposer ses recherches personnelles.

Recherches personnelles du Professeur Canuyt et du Docteur Horning.

Travail sur des cadavres frais.

Il nous a paru préférable de reproduire en entier le compte-rendu de ces recherches.

Injection dans la loge amygdalienne, au niveau du plan extra-capsulaire. — Nous avons fait une première injection au niveau de l'espace péri-amygdalien dans le plan de clivage situé entre la capsule de l'amygdale et la paroi pharyngée. L'aiguille traversa le pilier antérieur, et vint buter en dehors contre les barrières latérales du pharynx. Ayant retiré l'aiguille légèrement, nous avons injecté la région extra-capsulaire autant que possible au niveau du tiers moyen. L'amygdale fut légèrement propulsée en dedans, et l'on vit le voile du palais se gonfler progressivement pour arriver a reproduire exactement l'aspect identique du phlegmon péri-amygdalien antéro-supérieur classique. Nous avons pratiqué ensuite chez certains sujets l'amygdalectomie totale, et nous avons constaté que le liquide siégeait exactement dans la loge amygdalienne. Ce liquide remontait très haut vers le voile, mais en bas, il ne descendait pas au-dessous du tiers inférieur par suite de l'accolement capsulo-pariétal, si bien décrit par Viéla dans son étude sur la capsule amygdalienne.

D'autre part, la paroi pharyngée semblait intacte, et nous n'avons trouvé aucune trouée dans la barrière musculo-aponévrotique.

Chez d'autres sujets, nous avons vérifié le siège de notre injection en passant par la voie externe. Dans ce cas, nous avons trouvé également la paroi pharyngée intacte, l'espace pré-stylien vide, et la loge amygdalienne remplie de notre liquide.

Chez les sujets où nous avons continué à pousser l'injection, le liquide est venu sortir subitement dans la bouche au niveau de l'hiatus vélo-tonsillaire. Cette région semble avoir cédé sous la pression du liquide et être le point faible de la loge amygdalienne.

Dans un autre cas, le liquide fit irruption dans l'espace pré-stylien, et nous avons retrouvé la brèche au niveau de la partie supérieure de la paroi pharyngée. Il est probable que cette région constitue également un point faible de la loge amygdalienne.»

Injection au niveau de l'espace pré-stylien. — Dans le cou. — Dans une deuxième série d'expériences, toujours sur le cadavre frais, ils pratiquèrent des injections au niveau de l'espace pré-stylien dans le cou.

Voie bucco-pharyngée. — «L'aiguille fut introduite dans la bouche au niveau du pilier antérieur. Dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, elle traversa la loge amygdalienne, la paroi pharyngée, et pénétra dans l'espace pré-stylien. Nous n'avons pu reproduire qu'imparfaitement la voussure classique du voile du palais, et il nous fallut injecter beaucoup de liquide. La dissection des plans anatomiques nous a montré que la collection injectée siégeait dans l'espace pré-stylien au niveau du cou, refoulait en partie la région amygdalienne, mais qu'une partie du liquide était descendue en bas dans le cou.»

Puis, par voie cervicale, «l'aiguille fut introduite au niveau du cou, à travers la peau, les plans musculaires et la région maxillo-pharyngienne. Nous avons injecté le liquide coloré comme dans l'expérience précédente. L'examen des pièces nous a donné sensiblement les mêmes résultats».

Dans certain cas, les auteurs ayant eu quelques difficultés, ils firent appel à un anatomiste de carrière, après lui avoir fait part de leurs résultats, pour lui demander de faire à son tour des recherches. Ils se sont adressés au Docteur Viéla, de Toulouse, particulièrement désigné par ses travaux sur la capsule amygdalienne.

Le Docteur Viela à ce point de vue a examiné 2 têtes d'adultes de 45 et 52 ans, 30 heures après le décès, et une tête d'adulte fixée au formol depuis 4 mois, soit au total 6 régions amygdaliennes.

Sur les 2 têtes fraîches, il a injecté du minium térébenthiné très dense, tantôt de la gélatine colorée en bleu. L'aiguille fut enfoncée à un centimètre en dehors du bord libre du pilier antérieur, un peu au-dessous de la coalescence des 2 piliers, dirigée en dehors et en arrière en rasant la face externe de l'amygdale.

L'aiguille enfoncée d'une centimètre à un centimètre et demi lui a permis dans 3 cas sur 4 de pousser 10 cm^3 de liquide. Dans le 4^e cas, l'injection fut mal réussie, et il ne fut pas possible d'interpréter ce résultat.

Sur la première tête, où les 2 côtés étaient réussis, Viela a réséqué l'apophyse montante et s'est donné du jour vers l'exopharynx et a rencontré une paroi pharyngée intacte. La collection était donc en dedans d'elle. Il a incisé la paroi muscu-

laire para-amygdalienne et a trouvé le liquide injecté. La collection ne semblait pas descendre au-dessous de la partie moyenne de l'amygdale, respectant par suite tout son pôle inférieur.

Ceci vient à l'appui des descriptions de cet auteur sur le hile amygdalien, au niveau duquel des attaches normales inter-capsulo-pariétales rendent tout clivage idéal impossible(tiers inférieur de la zône décollable).

Sur la deuxième tête (un côté réussi, un côté douteux), Viéla a voulu voir comment se comportait la collection quand elle augmentait de volume et par suite de tension. Du côté «réussi», il a injecté 5 à 6 cm^3 de plus; le liquide est ressorti partiellement dans le récessus. L'exopharynx fut mis à nu comme pour la tête I, et l'on vit l'espace pré-stylien coloré en rouge par le minium. La fistule pariétale semblait siéger à un centimètre et demi au-dessous du sommet de la styloïde, somme toute au niveau du pôle supérieur de l'amygdale, là où le treillis musculaire de Viéla n'atteint pas son maximum de complexité, puisque la paroi pharyngée est uniquement constituée par le constricteur supérieur.

Sur la tête formolée, qui est la troisième tête, l'aiguille fut enfoncée du côté droit normalement à la peau en arrière de la branche montante. Un doigt endopharyngé montra que sa pointe affleure à la face externe du récessus amygdalien; au préalable, on a perçu la résistance opposée par la traversée de la paroi pharyngée. Il fut injecté 4 cm^3. Le voile est bosselé au-dessus du pilier antérieur. Il disséqua de dehors en dedans, de la peau vers l'exo-pharynx. La plus grande partie de la solution est entre l'amygdale et la paroi musculaire.

Enfin sur une autre tête Viéla a injecté du minimum térébenthiné par voie endo-pharyngée. Des 2 côtés, le résultat fut positif. Il fut possible de reproduire l'aspect clinique de la péri-amygdalite phlegmoneuse, et on put s'assurer que l'injection était localisée dans la région extra-capsulaire.

De ces constatations, il résulte les faits suivants exposés par le Professeur Canuyt:

1° Il est parfaitement possible d'injecter la couche de tissu cellulaire lâche, située entre la capsule amygdalienne et la paroi latérale du pharynx. On reproduit l'aspect clinique de la péri-amygdalite phlegmoneuse, variété antéro-supérieur, lorsque l'on injecte expérimentalement ce plan de clivage extra-capsulaire.

2° Par voie endo-pharyngée comme par voie exo-pharyngée, c'est l'espace-capsulaire ou loge amygdalienne et non l'espace préstylien que l'on injecte tout d'abord.

3° Cette loge amygdalienne est fermée en bas au niveau de son tiers inférieur par l'union capsulo-pariétale, en dehors par la paroi latérale du pharynx (aponévrose et muscles), en avant par le pilier antérieur avec son muscle glosso-staphylin, en arrière par le pilier postérieur avec son muscle, solide et résistant, le pharyngo-staphylin, en dedans par l'amygdale, en haut en avant et en dedans par la fossette supra-tonsillaire. Cette loge remonte très haut vers le voile du palais. C'est là que les collections purulentes nées dans la loge amygdalienne monteront et s'étaleront au fur et à mesure de leur abondance, donnant ainsi la symptomatologie vélo-palatine classique.

Cette loge péri-amygdalienne a 2 points faibles:

a) En avant et en haut et en dedans, le récessus vélo-palatin. C'est cette région qui cède au cours des expériences si on injecte plus de liquide que ne peut en contenir l'espace péri-amygdalien. Ce sont ces parois qui se laissent perforer par le pus en clinique, puisque c'est le lieu d'ouverture spontanée des phlegmons péri-amygdaliens. L'hiatus vélotonsillaire est le point de fistulisation.

b) En arrière et en haut, la partie supérieure de la paroi. A cet endroit, comme le pense Viéla, la solidité de la paroi est souvent assez précaire. Le treillis musculo-aponétrotique devient presque celluleux. Au cours des expériences, si l'on injecte trop de liquide, ce dernier pénétrera par effraction dans l'espace préstylien. En clinique, cette perforation dans le cou se produira au cours des cellulites péri-amygdaliennes. C'est le mécanisme le plus vraisemblable des phlegmons maxillo-pharyngés d'origine amygdalienne. Mais dans ce cas, il faut bien se rendre compte que le pus parti de la loge amygdalienne a gagné l'espace pré-stylien, et quelquefois même l'espace rétro-stylien. C'est une propagation secondaire. Il s'agit d'une fusée purulente, comme on en constate tant dans les autres parties de l'organsime. C'est une complication.

Observation anatomo-pathologique. — A la suite d'un malade mort d'un phlegmon de la loge amygdalienne.

Nous avons eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade mort de phlegmon de la loge amygda-

lienne. Ce fut une chance exceptionnelle. Voici le résumé de l'histoire clinique du malade:

Cet homme vint à la clinique pour un phlegmon de la loge amygdalienne du côté gauche, mais il nous raconta que quinze jours auparavant, il avait eu un phlegmon du côté droit qui s'était ouvert spontanément. Malgré l'intervention large et hâtive, ce malade succomba, présentant des phénomènes toxiques et asphyxiques.

L'examen des pièces prélevées permit de constater que du côté droit, il y avait une collection purulente située entre la capsule fibreuse de l'amygdale et l'aponévrose latéro-pharyngienne avec ses muscles.

Du côté gauche, on put mettre en évidence la région extra-capsulaire qui était œdématiée et contenait du pus malgré l'ouverture du phlegmon. Cette observation présente une très grande importance: Elle apporte la preuve anatomo-pathologique que le phlegmon de la loge amygdalienne siège dans l'espace déclolable extra-capsulaire.

Tels sont les résultats des recherches de notre Maître sur le cadavre.

Les expériences sur le mort ont leur intérêt en ce sens, qu'elles ont permis de préciser l'anatomie de la loge amygdalienne et de situer le siège anatomique exact des phlegmons de cette loge, dans l'espace décollable extra-capsulaire. Elles sont néanmoins le plus souvent discutables, puisque l'on a créé de toutes pièces et brusquement un phlegmon artificiel. Leur valeur est relative. Comme l'a dit J. B. Sue: «Jamais avec les parties mortes, on ne donnera une idée juste des parties vivantes».

Aussi le Professeur Canuyt considère-t-il «comme indispensable d'entreprendre une série d'expériences sur le vivant en se plaçant dans les conditions réelles de l'expérimentation, c'est-à-dire en étudiant des sujets porteurs d'un phlegmon de la loge amygdalienne». En agissant ainsi, dit-il, nous avons toutes les chances de nous rapprocher de la vérité».

Chapitre II.

Sur le vivant. — Constatation du phlegmon de la loge amygdalienne.

Le signe pupillaire, témoin du phlegmon de la loge amygdalienne.

Mais avant de pratiquer quoi que ce soit sur le malade que nous avons placé face à la lumière diffuse, nous pouvons constater, dans certains cas, une inégalité pupillaire.

Cette inégalité pupillaire a été déjà décrite dès 1904 par H. Vincent, puis en 1924 par Canuyt et Terracol. En 1931 M. et Mme T. S. Horning-Wenger l'ont étudiée et disent: «On constate chez le porteur d'un phlegmon unilatéral une mydriase du côté malade. Cette mydriase persiste aussi longtemps que la collection purulente n'est pas évacuée, et disparaît dès que l'ouverture du phlegmon est faite. Le signe est plus net quand la collection est plus volumineuse; mais il est ébauché même si la collection est minime». On peut admettre soit: une excitation du sympathique par voisinage direct, ou également une répercussion sympathique homolatérale d'origine bulbaire. Ce qui rend la constatation de cette mydriase intéressante, au point de vue pratique, c'est que l'on peut par cette anisochorie deviner le côté malade avant d'avoir pratiqué l'endoscopie buccale.

La Ponction exploratrice.

Puisque nous sommes en présence d'un phlegmon de la loge amygdalienne, pourquoi ne pas confirmer notre diagnostic par une ponction exploratrice?

Dans les autres régions de l'organisme, un chirurgien, lorsqu'il soupçonne une collection purulent, ponctionne, si la poche est accessible. Cette ponction exploratrice, conseillée par le Professeur Canuyt, a été préconisée par de nombreux auteurs, en particulier il y a longtemps en Allemagne par Barth et en France par Tarneaud. Mais cette ponction était faite en plein voile, à l'endroit le plus douloureux à la pression, et souvent aussi un peu à tâtons. Les recherches de notre Maître indiquent le point précis où il est préférable de ponctionner. «C'est au niveau de la loge amygdalienne, entre la capsule et la paroi latérale du pharynx, de préférence dans les deux tiers inférieurs. L'aiguille pénètrera ainsi dans la poche par la voie la plus directe et au point déclive».

Voici sa technique:

«Nous employons une seringue et une aiguille. Le calibre de l'aiguille doit être assez fort pour aspirer facilement le pus. L'aiguille sera introduite du côté où l'on soupçonne la présence d'un abcès, à travers le pilier antérieur. Elle sera enfoncée à une profondeur d'un centimètre et demi environ entre la capsule et la paroi latérale du pharynx. Il faut essayer de pénétrer dans l'espace décollable extra-capsulaire. C'est en général facile, car le pus a distendu les parois.»

Voilà d'après M. Canuyt le grand intérêt de cette ponction:

«Cette ponction exploratrice systématique de tous les cas de phlegmons nous paraît présenter des avantages dont la portée pratique est considérable. Tout d'abord, elle nous permet d'affirmer la présence de pus et d'ouvrir par conséquent la collection à coup sûr. Mais elle rend surtout des services signalés dans les cas où l'on hésite, et où l'on temporise parce que l'on a l'impression que le pus n'est peut-être pas encore collecté. Or si l'on réfléchit que la collection purulente naît dans la loge amygdalienne au-dessus du 1/3 inférieur adhérente, et qu'elle monte ensuite vers la partie haute en soulevant plus ou moins les parois du voile suivant son abondance, on comprend que lorsque le phlegmon est visible par la tuméfaction vélique, il y a longtemps qu'il est constitué. La ponction exploratrice nous a permis de découvrir un certain nombre de phlegmon dans des cas où nous nous demandions si le pus était formé. Elle évitera d'inciser inutilement et regrettablement des tuméfactions vélo-palatines, des œdèmes du voile du palais, et surtout de chercher coûte que coûte un pus qui n'existe pas».

D'ailleurs dès 1916, le Professeur Canuyt avait attiré l'attention sur les angines goutteuses et arthritiques. Depuis, ces manifestations ont été décrites sous le nom de forme congestive de Citelli, de péri-amygdalite pseudo-phlegmoneuse ou pharyngite pseudo-phlegmoneuse de Bonnet-Roy, de fluxion vélo-palatine pseudophlegmoneuse, de phlegmon péri-amygdalien abortif d'Escat, de pseudo-phlegmons diphtéritiques. Dans ces cas, notre Maître pense que: «sans nier l'existence des formes congestives, fluxionnaires œdémateuses sans

pus; elles sont rares. En réalité, dans certain cas il y a du pus. Seulement vu les techniques habituelles, on passait à côté, ou plus exactement au-dessus de lui. Or la ponction exploratrice permet de déceler le pus d'une manière précoce avant que les signes extérieurs du côté du voile du palais ne soient caractérisés. Nous estimons que c'est un progrès considérable».

⁂

Recherches bactériologiques sur le pus retiré par la ponction exploratrice.

Chaque fois que l'opérateur faisait une ponction exploratrice positive, il recueillait le pus dans un tube stérile.

Ce pus était envoyé à l'Institut Bactériologique de la Faculté. Le Docteur Grotten, attaché à cet Institut, spécialiste des recherches bactériologiques, nous communiquait quelques jours après le résultat de ses recherches. Il a toujours été fait des cultures du pus que nous avions envoyé.

Nous avons 45 résultats.

Ce qui frappe, c'est la constance à peu près parfaite de la Flore microbienne: *du Strepto-hémolytique.*

En effet: Il y a 39 cas où il y a uniquement du Strepto-hémolytique,

3 cas où il y a de l'entérocoque et du Strepto-hémolytique,

1 cas où il y a uniquement de l'entérocoque,

1 cas où il y a du strepto-anaérobie,

1 cas où il y a du strepto-verdissant.

⁂

Recherches expérimentales sur le vivant.
(Injection au Lipiodol.)

Le Professeur Canuyt, pour continuer ses recherches sur le siège anatomique exact, a procédé à des recherches expérimentales sur le vivant.

Il pratiqua systématiquement la ponction exploratrice, et fit avec le Docteur Horning des injections au lipiodol dans la poche de l'abcès.

«Sicard nous a tracé la voie des recherches sur le vivant au moyen des injections de lipiodol, suivies de l'examen aux rayons X. Cette méthode a donné d'excellents résultats dans l'examen des poches liquidiennes». Le Professeur Canuyt a cru intéressant d'appliquer ce procédé à l'étude des collections péri-amygdaliennes; avec l'aide du Docteur Horning.

Voici la technique:

«Nous commençons par faire une ponction exploratrice qui a pour but de trouver la collection purulente. Nous aspirons autant de pus que nous pouvons. Ceci fait, nous injectons une quantité de lipiodol qui varie, suivant les sujets, entre 5 et 10 cm^3. Nous faisons ensuite radiographier immédiatement nos malades, et enfin nous les opérons.

Résultats: *a) La radiographie de la base du crâne* montre que le lipiodol a tendance à fuser vers la ligne médiane et non vers le cou.

b) La radiographie de face montre l'aspect et la forme de la poche. En haut, elle a la forme d'un capuchon ou d'un bonnet phrygien, comme le dôme de la loge amygdalienne. En bas, elle est arrêtée par l'accolement capsulo-pariétal. Parfois nous avons aperçu quelques gouttes de lipiodol qui filtraient entre les adhérences. En dehors, on voit

qu'elle est bridée et qu'elle reste en dedans du maxillaire inférieur, dans le pharynx.

c) *La radiographie de profil* a été faite sur le sujet tantôt la bouche à demi ouverte à cause du trismus, tantôt fermée. L'examen des clichés montre que le lipiodol vient affleurer l'angle du maxillaire. Les radiographies faites en série sont intéressantes. Elles nous ont permis d'étudier la forme, et surtout le siège de ces cellulites. Les adhérences pathologiques dont nous montrerons plus loin toute l'importance brident la poche purulente. Il semble que les examens au lipiodol sont concluants.

*
**

L'amygdalectomie totale à chaud comme moyen de contrôle de la théorie émise.

Au début des recherches, l'amygdalectomie totale à chaud fut pratiquée dans un but scientifique. Ainsi on put continuer l'expérimentation sur le vivant et vérifier d'une manière précise le siège de l'abcès.

Dans chaque cas d'amygdalectomie totale à chaud, le Professeur Canuyt est tombé sur la collection purulente dès que le pôle supérieur de l'amygdale fut libéré, et qu'il rompit de nombreuses et fortes adhérences, pénétrant alors dans la loge vraie.

La paroi interne de la poche étant supprimée, la poche se vida complètement, et nous avons pu nous assurer que la paroi externe pharyngée était intacte. Chez tous ces malades enfin, nous avons constaté que la collection siégeait derrière l'amygdale, entre la capsule et la paroi pharyngée.

Enfin au cours de certaines amygdalectomies à froid, il est arrivé au Professeur Canuyt, comme à Koenig et à Aubriot, de trouver dans la zone extra-capsulaire une collection purulente.

C'est en séparant l'amygdale de sa loge, que les opérateurs donnaient issue à un flot de pus. Nous avons cru intéressant de rappeler ces constatations.

CONCLUSIONS
SUR LE SIEGE ANATOMIQUE EXACT.

Pour conclure, il faut se faire une idée d'ensemble des expériences du Professeur Canuyt.

Sur le cadavre frais, elles nous permettent de dire que le Phlegmon est:

a) extra-capsulaire et bucco-pharyngé, séparé du cou par la barrière musculo-aponétrotique. Le cas anatomo-pathologique que nous avons rapporté semble démonstratif. Les coupes montrent que la collection siège au niveau de la loge amygdalienne.

Les expériences pratiquées sur le vivant, nous permettent d'affirmer:

a) *par la ponction exploratrice,* que le pus se forme de bonne heure entre la capsule amygdalienne et la paroi latéro-pharyngée.

b) Grâce aux *injections de lipiodol,* et ensuite à *l'examen radiographique,* nous constatons à nouveau que la collection est bien bucco-pharyngée. Mais nous voyons alors que le pus est bridé vers le bas au tiers inférieur de l'amygdale, au niveau du hile, comme les dissections anatomiques du Docteur Viéla nous l'avaient fait soupçonner.

c) Par *l'amygdalectomie* totale nous avons constaté à chaque instant que le pus siège derrière l'amygdale entre la capsule et la paroi latéro-pharyngée. Les adhérences commandent la migration, et le développement de ces collections capsulo-pariétales.

Nous résumerons ces travaux en disant: que le Phlegmon antéro-supérieur est une collection purulente, bucco-pharyngée, localisée dans une loge, dont les parois sont: la capsule amygdalienne du côté interne, la paroi pharyngée du côté externe, le pilier antérieur comme paroi antérieure, le pilier postérieur comme paroi postérieure, ayant pour base le hile de l'amygdale, et comme plafond les muscles du voile du palais. Cette loge ainsi décrite, où s'accumule le pus, n'est autre que la *loge amygdalienne*. Etant donné ces constatations, le Professeur Canuyt propose de donner à ces collections le nom de: «*Phlegmon de la loge amygdalienne*».

Chapitre III.

Au début de notre thèse, nous avons dit que la thérapeutique des phlegmons de la loge amygdalienne dépendait de la connaissance de leur siège.

Nous allons tirer les déductions qui semblent résulter de cette étude expérimentale. Elles sont de la plus haute importance, surtout au point de vue chirurgical.

LA CHIRURGIE DES PHLEGMONS.

HISTORIQUE.

Les principaux procédés classiques d'ouverture du phlegmon de la loge amygdalienne sont ceux:

1° *de Chiari.* En un point situé dans le pilier antérieur, à la hauteur de la base de la luette.

2° *de J. Lemaître.* Incision faite avec un bistouri, un peu plus basse que précédemment.

3° *de Moure,* dans le voile près du bord interne du pilier antérieur, ouverture faite avec un galvano-cautère.

4° *de Lubet-Barbon,* au milieu d'une ligne allant de la base de la luette à la dernière molaire supérieure, point le plus fluctuant; ouverture faite au galvano-cautère, ou à la sonde canelée, ou à la pince coudée de Lubet-Barbon.

5° *de Killian et Grünwald,* par dilatation de la fossette supra-tonsillaire, avec une pince introduite fermée, puis ouverte dans la fossette.

6° *de Ruault,* par incision du voile, avec un crochet introduit dans la fossette supra-tonsillaire et dirigé vers le côté externe.

Il y a beaucoup d'autres procédés, mais ils reposent tous sur une erreur.

Tous ces procédés ouvrent la collection à la partie haute et préconisent une sorte de ponction en boutonnière plutôt qu'une incision large du phlegmon.

En résumé, ce que l'on peut reprocher aux techniques actuelles c'est d'ouvrir la collection à la partie haute et de l'ouvrir insuffisamment. Le drainage, par conséquent est mal assuré.

OUVERTURE LARGE DE LA LOGE AMYGDALIENNE.

Nous conseillons de faire une ponction exploratrice dans tous les cas de phlegmon de la loge. La ponction étant positive, nous incisons. Mais avant, nous réalisons l'anesthésie locale.

Anesthésie. — Anesthésie locale par infiltration du pilier antérieur, en allant de la superficie vers la profondeur avec solution de novocaïne à un pour cent.

Technique opératoire du Professeur Canuyt:

«Nous prenons ensuite soit un bistouri ordinaire bien aiguisé, soit le bistouri électrique. Nous faisons une longue incision verticale au niveau du pilier antérieur à 1 centimètre en arrière du bord

libre de ce pilier. Cette incision part en haut d'un point situé à la hauteur du pôle supérieur de l'amygdale, et se termine en bas au niveau de la dernière grosse molaire inférieure. Cette ligne d'incision correspond à peu près à la projection de la capsule amygdalienne sur les tissus mous.

Nous incisons doucement plan par plan, jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi au moins, comme le recommande Escat. Il faut inciser d'avant en arrière, bien perpendiculairement. La pointe doit être dirigée légèrement vers le dedans, c'est-à-dire vers la capsule amygdalienne; de cette manière on ne peut pas franchir la paroi latérale du pharynx et pénétrer en dehors vers le cou.»

Cette technique met à l'abri de toute blessure des gros vaisseaux du cou.

A ce moment, si l'on n'a pas rencontré de pus, il suffira de prendre un instrument mousse: sonde cannelée, pince de Kocher, pince de Lubet-Barbon, peu importe, et d'effondrer avec douceur, sans aucune force, le plan profond qui nous sépare de la loge amygdalienne, siège de la collection. Le phlegmon est profond à cause de l'œdème et de l'infiltration. Il y a intérêt à explorer la poche avec un stylet ou un crochet mousse, afin de connaître la profondeur et l'étendue des diverticules.

Le phlegmon doit être ouvert au point déclive. Il faut drainer largement.

«En somme, l'incision que je propose est une incision plus longue, plus étendue et plus basse que l'incision classique du pilier antérieur. Mais la technique est identique. Relisons ensemble la chirurgie oto-rhino-laryngologie de Georges Laurens, Edition de 1906: nous voyons deux figures excellentes, 338 et 339. Nous lisons pages 708 et 709:

«L'incision sera verticale antéro-postérieure et profonde. Il faut marcher droit devant soi, directement d'avant en arrière, la pointe cependant légèrement dirigée en dedans vers le repli médian, sectionner tous les tissus infiltrés qui s'offrent à la lame du bistouri sans craindre de rencontrer aucun vaisseau. Et du reste, si le pus ne s'écoule pas, on lâche l'instrument tranchant pour dilacérer avec une sonde cannelée et dans tous les sens le parenchyme et les tissus péri-amygdaliens.»

Résultats. — L'incision large des phlegmons, au niveau de la loge amygdalienne, permet l'évacuation rapide de la poche purulente, parce qu'elle est faite au point déclive, et parce qu'elle draine convenablement. Les suites opératoires nous ont paru meilleures qu'avec les procédés habituels qui ouvrent l'abcès à la partie haute et d'une manière insuffisante. Il est rare, en effet, que nous soyons obligés de repasser la pince, comme nous en avions l'habitude depuis des années. Enfin, la température semble tomber plus rapidement.

L'incision faite avec le bistouri électrique paraît avoir des avantages. Les lèvres de la plaie restent béantes, assurant ainsi un drainage permanent.

Ouverture du récessus palatin. — Pour compléter les recherches sur le vivant, le Professeur Canuyt a pratiqué systématiquement, en même temps que l'incision du pilier antérieur, l'ouverture du récessus palatin. Dans aucun cas il n'a rencontré de collection purulente: Le phlegmon se trouvait chaque fois plus profondément dans la loge amygdalienne proprement dite.

Moulonguet d'autre part faisait remarquer que la théorie de Killian et Botey, qui place le siège du phlegmon dans le récessus palatin, était erroné. Car il y a des malades sans récessus palatin qui font des phlegmons. D'autre part, il a pu observer un phlegmon péri-amygdalien chez un malade qui avait subi l'amygdalectomie totale: le phlegmon ouvert, il a pu constater que le point de départ de l'infection était une petite crypte amygdalienne ayant échappé à la dissection de l'amygdale. Il ne pouvait être question dans ce cas de fossette sus-amygdalienne.

*
* *

L'AMYGDALECTOMIE TOTALE «A CHAUD».

De cette étude expérimentale il résulte que le phlegmon siège dans la loge amygdalienne au niveau de l'espace cellulaire clivable extra-capsulaire qui sépare l'amygdale et sa capsule de la paroi musculo-aponévrotique latéro-pharyngienne. C'est un phlegmon du pharynx qui mérite le nom de «phlegmon de la loge amygdalienne».

Etant donné ces constatations, il est aisé de comprendre que l'amygdale avec son parenchyme, sa capsule et surtout ses adhérences capsulo-pariétales constitue le véritable obstacle au drainage de la collection. Enlever l'amygdale totalement, c'est ouvrir la loge amygdalienne dans toute son étendue, c'est supprimer la cause principale de l'infection, c'est *mettre le foyer à plat.*

A partir du 16 janvier jusqu'au 16 novembre de cette année, il a été opéré à la clinique 45 malades porteurs de phlegmons de la loge amygda-

lienne. Parmi ces malades, 40 étaient porteurs de phlegmon unilatéral, et 5 en présentaient un bilatéral. Mais à 5 malades du premier groupe porteurs cependant d'un phlegmon unilatéral, on a enlevé les 2 amygdales. Chez tous ces sujets, on a pratiqué l'amygdalectomie totale à chaud dès que le diagnostic clinique fut posé et confirmé le plus souvent par la ponction exploratrice. Il a donc été fait 55 amygdalectomies totales à chaud.

Le Professeur Canuyt réalise l'anesthésie locale et régionale.

«Nous avons employé la technique que nous avons décrite dans notre livre sur l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie, mais nous tenons à insister une fois de plus sur l'anesthésie du nerf glosso-pharyngien au niveau du hile vasculo-nerveux. C'est le temps capital. L'injection doit être tronculaire et faite à un niveau assez bas qui correspond au tiers inférieur de la loge amygdalienne. L'anesthésie des nerfs palatins, du lingual et des parois de la loge est secondaire.

L'anesthésie du nerf glosso-pharyngien est l'acte essentiel, aussi important pour obtenir l'insensibilisation de la région amygdalienne, que l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur pour la région du sinus maxillaire. A notre avis, cette notion fondamentale mérite d'être soulignée. Il faut injecter une quantité d'anesthésique supérieure à celle qui est nécessaire dans l'infection à froid, mais toujours lentement, délicatement et prudemment. Le premier résultat remarquable que l'on obtient, c'est la disparition du trismus et l'ouverture facile et complète de la bouche. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de ce résultat au point

de vue opératoire. L'anesthésie locale fut assez variable. Chez certains malades, elle fut satisfaisante, mais chez d'autres, nous l'avouons, elle ne fut pas des meilleures. Nous sommes persuadés qu'il sera possible de l'améliorer.»

La technique opératoire. — Hormis 4 cas où nous avons employé le procédé de Slüder parce qu'il s'agissait d'enfants, nous avons opéré tous nos malades par la méthode de l'anse froide de Vacher. C'est donc le procédé classique dans ses grandes lignes. Nous désirons cependant faire quelques remarques. La dissection doit être faite avec le plus grand soin. Nous croyons qu'il est préférable de ménager à l'excès les parois de la loge. «Nous enseignons en effet, parce que nous l'avons constaté souvent, que les parois de la loge amygdalienne sont tapissées de veines, rampantes, verticales, parfois assez volumineuses. Il est recommandé de ne pas les blesser, afin de ne pas ouvrir de porte à l'infection. Pour mieux exprimer ma pensée, je dirai qu'il est aussi prudent de respecter les veines amygdaliennes baignant dans le pus de l'abcès de la loge amygdalienne que le sinus latéral ou la veine mastoïdienne au cours des mastoïdites suppurées aiguës. Or l'opération est difficile et délicate. Les adhérences sont nombreuses et intriquées les unes dans les autres. La recherche du plan de clivage extra-capsulaire est laborieuse, et il n'est pas commode de trouver la ligne de démarcation entre le pôle supérieur de l'amygdale et la paroi rétro-pharyngienne. C'est pourtant la clef de l'opération, puisque c'est à ce niveau qu'il faut passer pour pénétrer dans la loge amygdalienne, donc dans la cavité du phlegmon.

La dissection sera lente, méthodique et minutieuse. Nous recommandons de suivre chaque temps de l'opération avec le plus grand soin, et de disséquer sous le contrôle de la vue avec des instruments mousses. Pas de bistouri. Pas de ciseaux. C'est un principe de chirurgie générale, principe absolu toutes les fois qu'une intervention est délicate. Pour opérer dans ces conditions, il y a un appareil qui est absolument indispensable: c'est l'aspirateur électrique muni soit de l'abaisse-langue (Philip), soit mieux de la pipe de Le Mée qui est vraiment parfaite. Nous ne saurions assez insister sur la valeur de cette aspiration, car non seulement elle permet d'opérer constamment sous le contrôle de la vue, mais surtout elle supprime et le sang et le pus. Or le danger de cette intervention, comme d'ailleurs toutes les fois qu'il s'agit d'une suppuration de la cavité bucco-pharyngée, c'est la chute du pus dans les voies aériennes. Nous sommes persuadés que l'aspirateur électrique nous a permis d'éviter l'abcès du poumon.»

L'hémorragie ne fut pas beaucoup plus importante que pour l'opération à froid. Les malades saignent un peu plus, parce que la dissection est moins facile et moins nette, mais cette hémorragie est toujours restée dans les limites normales. A aucun moment la perte de sang ne fut inquiétante.

L'amygdalectomie totale a été pratiquée seulement du côté où siégeait le phlegmon, mais dernièrement, dans 5 cas, les 2 amygdales furent enlevées en même temps, bien que le phlegmon fut unilatéral.

Chez les malades porteurs de phlegmon bilatéral successif, les 2 amygdales furent enlevées en deux temps à plusieurs jours d'intervalle.

La formation du phlegmon. — La ponction exploratrice et surtout l'amygdalectomie totale nous ont permis de nous rendre compte que le phlegmon *est formé beaucoup plus tôt qu'on ne le pense* habituellement. L'incision d'un phlegmon montre la présence du pus seulement en général vers le quatrième au cinquième jour, quelquefois plus tard, parce que la suppuration est profonde, et que la quantité de pus est moins grande les jours précédents. Au cours de l'amygdalectomie totale, nous nous sommes rendus compte que le phlegmon de la loge amygdalienne est formé avant que sa présence n'ait été révélée par la symptomatologie vélique classique.

L'intervention semble arrêter la marche de la suppuration en réalisant la mise à plat du foyer.

Les *adhérences* sont nombreuses. Elles sont capsulopariétales, reliant la capsule amygdalienne aux parois de la loge. Comme dans la plupart des autres régions de l'organisme, elles sont variables et commandent le siège et la migration de la collection purulente. Elles sont surtout développées à la partie supérieure de la loge.

La cavité du phlegmon. — Elle varie avec chaque malade, ce qui s'explique fort bien par l'anatomie de la région et par la pathologie des suppurations en général. Nous avons trouvé des phlegmons qui remplissaient toute la loge amygdalienne, et qui répondaient en tous point à l'idée théorique que l'on peut se faire de ces collections. Mais par contre nous avons trouvé des phlegmons petits quelquefois multiples, parfois très profonds.

Nous avons déjà relaté le cas où le pus s'était créé une niche dans la paroi externe de la loge amygdalienne, donc au niveau de la sangle musculo-

aponévrotique qui forme une barrière entre le pharynx et le cou: «Au fond d'un véritable diaphragme fibreux, cette paroi était usée, amincie, prête à se rompre et à permettre l'envahissement de l'espace maxillo-pharyngien par le pus. Nous avons surpris sur le vivant le mécanisme de cette complication, qui consiste dans l'irruption du pus de la loge amygdalienne dans la paroi pré-stylienne, éventualité redoutable dans l'espace rétro-stylien, région des gros vaisseaux».

***

Les Suites opératoires.

Les suites opératoires furent favorables.

Il y avait à redouter théoriquement: l'hémorragie, l'infection, les complications mortelles.

Il n'y eut pas de cas mortels, et pas une seule hémorragie.

Il y a eu seulement deux malades, sur les quarante-cinq qui furent traités à la clinique, qui présentèrent des phénomènes septicémiques. Ces deux malades vinrent à la clinique, déjà dans un état d'infection tel, que l'on ne peut incriminer l'amygdalectomie totale d'avoir provoqué ces complications postopératoires. Mais il est possible d'admettre que l'amygdalectomie totale ait aggravé leur état. Celui-ci fut traité pendant quinze jours avec une thérapeutique appropriée.

Dans tous les autres cas, immédiatement après l'ouverture de l'abcès, soit par l'incision, soit par l'amygdalectomie, les signes généraux et locaux s'amendèrent rapidement.

Le lendemain de l'intervention, pour tous, la température approcha de la normale. Ceux qui subirent l'amygdalectomie totale eurent des suites

opératoires semblables à ceux dont l'ablation des amygdales a eu lieu à froid.

L'amygdalectomie totale proposée par le Professeur Canuyt dans les cas de phlegmon de la loge amygdalienne a été préconisée depuis longtemps.

Dès 1859, Chassaignac en était partisan.

Plus près de notre époque, Winckler en 1911, Theisen en 1919, Haller et Hollinger en 1921 pratiquèrent l'ablation de l'amygdale chez les malades porteurs de phlegmons péri-amygdaliens. Barnes, en 1923, écrivit son livre «the tonsil», dont plusieurs pages défendent très justement la cause de l'amygdalectomie totale au cours des phlegmons de la loge amygdalienne.

Erdelyi, en 1929, fait mention, dans un travail important, de l'extirpation des amygdales qu'il pratiqua comme traitement de ces phlegmons.

Basavilbaso, la même année, ne pratiqua que 4 amygdalectomies totales au cours de la même affection.

Taptas, en 1929 également, est favorable à l'amygdalectomie totale au cours des phlegmons de la loge amygdalienne.

Tout dernièrement, Worms et Le Mée, dans un rapport très complet, sur la question amygdalienne, se rangent aussi à l'opinion que l'amygdalectomie totale est à réaliser dans les cas où l'on redoute les accidents infectieux.

Nous pouvons donc soutenir d'après les résultats obtenus par le Professeur Canuyt, résultats que nous publions à la fin de cette thèse, en concordance avec ceux des différents auteurs: l'amygdalectomie totale au cours des phlegmons de la loge amygdalienne est possible, elle est même réalisable sans témérité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les amygdales enlevées à la suite d'un phlegmon de la loge amygdalienne soit avec l'anse de Vacher, soit par le procédé de Slüder, ont été examinées par le Professeur Géry à l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté.

Cinquante-deux amygdales ont été examinées. Deux amygdales se sont trouvées trop altérées par l'intervention pour permettre des constatations valables.

I. *Examen des tissus péri-amygdaliens.*

Nous allons étudier tout d'abord sur les cinquante amygdales restantes les lésions péri-amygdaliennes. Toutes ces amygdales présentaient des lésions phlegmoneuses péri-amygdaliennes. Quarante-trois présentaient de grosses lésions; les sept autres de lésions minimes.

Les grosses lésions. — Les grosses lésions consistaient en une infiltration diffuse des tissus péri-amygdaliens: œdème, infiltration leucocytaire plus ou moins dense, où prédominaient les polynucléaires; dans quelques cas cependant, les mononucléaires étaient plus nombreux. Cette infiltration constante siégeait n'importe où dans les tissus péri-amygdaliens; dans certains cas, traversant la capsule, elle diffusait le long des cloisons interlobaires. Dans 4 cas, on a noté un petit abcès concreté à un pôle de l'amygdale. Mais le Professeur Géry nous fit

remarquer que dans les autres cas étudiés, il était fort possible qu'il y ait eu des abcès ayant passé inaperçus, parce que le plan de section ne les intéressait pas.

Lésions minimes. — Dans les sept cas présentant des lésions minimes du tissu péri-amygdalien, il s'agissait souvent d'un œdème inflammatoire diffus avec quelques traînées purulentes, plutôt que d'un phlegmon infiltrant les tissus péri-amygdaliens.

II. *Lésions de l'amygdale.*

Maintenant que nous venons d'étudier les lésions péri-amygdaliennes, occupons-nous des lésions propres de l'amygdale, c'est-à-dire des lésions du tissu adénoïde.

A. *Lésions amygdaliennes aiguës.*

Sur les cinquante amygdales soumises à l'examen, nous avons trouvé 19 cas présentant des lésions aiguës du tissu adénoïde. Ces lésions ne présentaient pas toutes la même intensité.

Classons ces lésions en fonction de la phlegmasie des tissus péri-amygdalien. Elles composent alors 2 grands groupes:

1° Les lésions amygdaliennes aiguës importantes, et dominant le tableau anatomique, sont représentées par 3 cas: 1 gros abcès intra-parenchymateux, 2 phlegmons diffus de l'amygdale.

2° Il n'y a pas de lésions amygdaliennes aiguës évidentes. Ces lésions accessoires sont représentées dans 16 cas par des lésions nettes ou par des lésions minimes. Dans ce groupe, de beaucoup le plus nombreux, où les lésions paraissent occuper uniquement les tissus péri-amygdaliens, une nouvelle subdivision s'impose:

a) *Lésions nettes.* — Le microscope révèle des petites lésions parenchymateuses dans 11 cas se répartissant en:

7 cas de lésions du tissu adénoïde, et 4 cas de lésions épithéliales.

Dans les 7 cas de lésions du tissu adénoïde, il y avait, généralement en regard du fond des cryptes, de petits abcès à l'état cru. Ces abcès, par leur situation au fond des cryptes, étaient placés tout près de la capsule amygdalienne. Parfois aussi il fut constaté de gros amas leucocytaires autour d'une crypte, infiltrant les tissus environnants, sans l'organisation typique de l'abcès.

Dans les 4 cas où l'on a trouvé des lésions de l'épithélium, celles-ci correspondaient à l'angine herpétique. L'épithélium a disparu; il est remplacé par une fausse membrane fibrino-leucocytaire.

b) *Lésions minimes.* — Les lésions aiguës, mais minimes comprennent 5 cas. Ces lésions étaient formées par une infiltration diffuse de polynucléaires dans le tissu adénoïde, plus marquée parfois au fond des cryptes. L'épithélium restait intact, et le parenchyme adénoïde n'était pas disloqué.

Dans 31 cas, il n'a été trouvé aucune lésion aiguë parenchymateuse, même au microscope.

B. *Les lésions chroniques de l'amygdale.*

Les lésions chroniques du tissu adénoïde que nous ne devons pas oublier de citer, ne manquèrent jamais dans les cinquante amygdales examinées. 19 fois elles étaient associées à des lésions aiguës, 31 fois on les a rencontrées à l'état pur.

Ces lésions étaient de 2 ordres: de l'hyperplasie, ou de la sclérose, qui parfois se retrouvaient sur la *même amygdale.*

a) *Hyperplasie:* L'hyperplasie se traduisait par l'importance exagérée du tissu adénoïde, un volume plus grand des follicules lymphatiques; une augmentation de nombre et leur disposition sur plusieurs rangées; par des cryptes devenues plus profondes et plus sinueuses dont la lumière était aplatie et rétrécie par les tissus environnants.

b) *Sclérose:* La sclérose, bien souvent, frappait les tissus péri-amygdaliens en même temps que l'amygdale.

Nous devons donc noter:

a) de la *sclérose péri-amygdalienne,* sclérose partant de la capsule, s'étendant vers les muscles du pharynx, en un réseau serré. Cette sclérose formait les adhérences qui bridaient le pus de la loge amygdalienne; gênaient l'opérateur qui voulait ouvrir largement la poche pour supprimer les diverticules ainsi formés. Adhérences qui rendaient parfois l'amygdalectomie totale assez difficile.

b) de la *sclérose intra-parenchymateuse,* interlobaire ou diffuse.

1° *Interlobaire:* C'étaient des traînées de sclérose partant de la capsule, s'étendant le long des cloisons conjonctives, pour se substituer à elles, émettant parfois des tractus qui s'infiltraient dans le tissu adénoïde.

2° *Diffuse:* Sclérose disséminée sans ordre dans le parenchyme amygdalien, et amenant son atrophie. Parfois elle est centrée par les vaisseaux, plus

souvent elle part de la région hilaire ou des cloisons interlobaires, pour se répandre, sans topographie nette, à travers l'amygdale.

En résumé, il résulte:

A. *Quant à l'état des tissus péri-amygdaliens:*

1° Que nous avons toujours trouvé des lésions aiguës des tissus péri-amygdaliens, même en cas d'abcès ou de phlegmon intra-amygdalien.

2° Que ces lésions sont toujours du type phlegmoneux, *diffus*. Nous ne les avons jamais rencontrées concretées.

De ceci, il semble permis de penser que s'il y avait eu «abcès» de la loge amygdalienne, une fois au moins, on en aurait trouvé la caractéristique anatomique = *la membrane pyogène.*
C'est pourquoi il nous semble possible de demander que le mot «abcès» soit remplacé par celui de «phlegmon», terme qui traduit fidèlement les lésions qui furent trouvées.

B. *Quant aux rapports entre les lésions des tissus péri-amygdaliens et celles de l'amygdale:*

1° Que les 50 amygdales examinées présentaient des lésions aiguës de leur tissu péri-amygdalien,

2° Que dans 19 cas seulement, l'amygdale présentait conjointement des lésions aiguës.

De ceci, il nous semble permis d'émettre l'opinion: Dans ces 19 cas de phlegmon de la loge amygdalienne, l'infection provenait directement de l'infection aiguë du tissu adénoïde. Infection purulente

qui s'est faite de proche en proche, de l'épithélium de surface au tissu adénoïde, puis au tissu conjonctif placé derrière lui, pour se collecter dans un espace clivable: *dans la loge amygdalienne.*

Mais il reste 31 cas où l'examen microscopique ne nous a révélé que des lésions chroniques du tissu adénoïde. Dans ces cas, rien ne nous montre que l'infection péri-amygdalienne vient de l'amygdale.

Cependant nous pouvons admettre que nous sommes arrivés trop tard. Que l'infection aiguë du tissu adénoïde était déjà passée, lorsque l'amygdalectomie totale fut pratiquée, et que le phlegmon de la loge amygdalienne est le témoin de l'infection passée.

Cette opinion se trouve renforcée par les données cliniques: celles-ci nous montrent toujours dans l'histoire de l'angine phlegmoneuse un épisode d'infection aiguë de l'amygdale qui eut lieu 5 à 6 jours, parfois plus, avant l'apparition du phlegmon de la loge amygdalienne.

Notre hypothèse n'a rien d'invraisemblable; nous venons de voir que les lésions grossières de l'amygdale elle-même, celles qui ne peuvent passer inaperçues, sont très rares (6% des cas de notre statistique). D'ordinaire, ce sont de toutes petites lésions, révélées seulement par le microscope, lésions non seulement minimes, mais encore peu nombreuses, souvent uniques. Il apparaît que le tissu amygdalien réagit beaucoup plus efficacement contre les infections que le tissu commun, puisque celui-là limite l'inflammation, tandis que celui-ci la laisse diffuser. Il n'est donc pas surprenant que, dans un grand nombre de cas, la lésion amygdalienne, primitive, soit effacée, quand la lésion péri-amygdalienne, secondaire, est en pleine évolution.

Ajoutons que les examens histologiques n'ont jamais fourni la moindre constatation en faveur de la seule autre voie possible, à l'apport de l'infection, à savoir *la voie hématogène.*

Nous dirons donc:

A. — Le terme «d'abcès de la loge amygdalienne» nous semble un terme impropre. Car: à aucun endroit sur les 50 coupes histologiques de l'amygdale, il ne fut possible de déceler la caractéristique d'un «abcès». C'est pourquoi nous préférons le terme de «phlegmon de la loge amygdalienne», terme qui traduit exactement ce qui a été vu.

B. — Il nous semble possible d'admettre que le phlegmon de la loge amygdalienne est toujours dû à une infection aiguë de l'amygdale. Infection plus ou moins massive antérieure au phlegmon, qui s'est propagée de proche en proche à travers son parenchyme, sans parfois y laisser de traces, pour se manifester dans un espace cellulaire clivable: *la loge amygdalienne.*

Observations

N° 1. — Phlegmon de la loge amygdalienne droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale bilatérale à l'anse, à chaud. — Guérison rapide.

B... Eugène, 21 ans, menuisier.

Passé amygdalien: Depuis 4 ans, chaque automne, a eu un phlegmon de la loge amygdalienne, tantôt à gauche, tantôt à droite. Souffre de la gorge depuis 3 jours. Ne peut avaler que les liquides.

Examen clinique: Tuméfaction vélique à droite. Rougeur diffuse de tout le voile, œdème de la luette. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = entérocoques.

Sous Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite, Slüder à gauche.

Suites opératoires: Trois jours après, T. 37°3.

Malgré nos conseils, quitte la clinique.

Résultat: Nouvel examen. Bon état.

N° 2. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à chaud, à droite (Slüder).

L.. Anne, 19 ans.

Passé amygdalien: Angines fréquentes.

Examen clinique: Douleurs dans la gorge depuis 10 jours. Difficulté progressive à avaler.

Dysphagie pour les solides. Tuméfaction vélique et du pilier antérieur à droite. Signe pupillaire +. Douleurs dans l'oreille droite.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Slüder à chaud à droite. Sous Anesthésie locale.

Suites opératoires: La gorge est rouge pendant quelques jours. Nombreuses fausses membranes.

Résultat: Après 10 jours, va bien.

N° 3. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à chaud à gauche (Slüder). — Guérison rapide.**

Enfant

H... Carmen, 8 ans.

Chaque automne et chaque printemps, depuis 3 ans, phlegmons à gauche.

Examen clinique: Souffre de la gorge depuis 2 jours. T. 38°. Avale avec difficulté.

Tuméfaction vélique à gauche. Le voile entier est rouge sombre.

Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Slüder à chaud à gauche.

Suites opératoires: Le lendemain peut avaler

Résultat: Bon état de la loge à gauche. — Quitte le Service 5 jours après.

N° 4. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie bilatérale à chaud à l'anse.**

S... Sophie, 19 ans, bonne.

Passé amygdalien: après chaque refroidissement, angine.

Examen clinique: douleurs en avalant depuis 8 jours. Il fut constaté: amygdalite aiguë.

Gonflement du cou à droite, rougeur diffuse de toute l'arrière-gorge. Dysphagie complète.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à chaud bilatérale à l'anse, sous anesthésie locale.

Suites opératoires: 3 jours après, peut avaler.

Résultat: Les loges sont nettes. Quitte le service 10 jours après.

N° 5. — **Phlegmon de la loge amygdalienne droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à droite à chaud à l'anse. — Guérison rapide.**

K... Suzanne, 21 ans.

Passé amygdalien: angines rares.

Examen clinique: Depuis 3 jours douleurs très vives en avalant. Salive beaucoup. Douleurs dans l'oreille droite. Signe pupillaire +. Tuméfaction étendue du voile marquée à droite.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à chaud, à droite à l'anse, sous anesthésie locale.

Suites opératoires: Va bien, quitte le service 5 jours après.

N° 6. — **Phlegmon de la loge à droite. — Incision. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie bilatérale à chaud à l'anse.**

G... Marie, 20 ans, bonne.

Passé amygdalien: Rarement malade.

Examen clinique: Dysphagie complète. Salivation abondante. Les yeux pleurent. Depuis 8 jours,

difficultés toujours plus grandes à avaler. Signe pupillaire +. Tout le voile bombe, les amygdales sont rejetées vers l'isthme du gosier.

Incision par son médecin? Petite fistule à droite dans le pilier antérieur.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie à l'anse, à chaud, bilatérale. Sous-Anesthésie locale.

Suites opératoires: Pendant 4 jours, avale très difficilement; œdème des piliers.

Quitte le service après 10 jours.

Résultat: Les loges sont nettes.

N° 7. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie bilatérale à chaud à l'anse.

D... Eugène, 37 ans.

Passé amygdalien: Aurait eu les amygdales enlevées dans l'enfance. Douleurs fréquentes en avalant.

Examen clinique: Ne peut avaler les liquides depuis avant-hier. Signe pupillaire +. Le voile est rouge dans son ensemble. Les piliers sont hyperhémiés, lacis veineux, le voile bombe à droite.

Traitement chirurgical: Ponction = pus en petite quantité = strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie bilatérale à chaud à l'anse. Sous-Anesthésie locale.

Suites opératoires: 5 jours après, quitte le service.

Résultat: Belles loges.

N° 8. — **Phlegmon de la loge amygdalienne bilatéral. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie bilatérale à chaud à l'anse. — Guérison rapide.**

M... Pierre, 55 ans, maçon.

Passé amygdalien: Nombreuses angines. Se soigne lui-même.

Examen clinique: Malade fatigué depuis 3 jours — ne peut dormir — ne peut avaler. Tout le voile bombe; l'isthme du gosier est à peine visible Salivation abondante.

Traitement chirurgical: Ponction = pus en grande quantité (10 cm^3) = Streptohémolytiques.

Amygdalectomie bilatérale à l'anse, à chaud. Sous anesthésie locale.

Suites opératoires: Pendant 2 jours, avale avec peine les liquides. 6 jours après l'intervention, quitte la clinique.

Résultat: Convalescence rapide. Grandes loges.

N° 9. — **Phlegmon de la loge amygdalienne bilatéral. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale bilatérale à l'anse à chaud.**

F... Auguste, 22 ans.

Passé amygdalien: Depuis 5 ans, angines fréquentes.

Examen clinique: Depuis 8 jours, angine. Est resté couché depuis 3 jours. Ne peut avaler. Gêne respiratoire. Signe pupillaire +. Le voile est rouge et œdématié dans son ensemble, jusqu'au palais osseux. Douleurs dans les 2 oreilles. Salive constamment. Trismus marqué.

Traitement chirurgical: Ponction = pus très fétide = anaérobie + strepto-hémolytiques (8 cm^3); fait céder un peu trismus .

Amygdalectomie bilatérale à chaud, à l'anse, à droite et à gauche sous anesthésie locale qui fait cesser complètement le trismus.

Suites opératoires: Le lendemain, l'œdème du palais a nettement diminué. Ne peut avaler. Le surlendemain peut avaler. 6 jours après quitte le service.

N° 10. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Amygdalectomie totale à droite à chaud à l'anse.

F... Guillaume, 21 ans, domestique agricole.

Passé amygdalien: Douleurs fréquentes à la déglutition.

Examen clinique: Tuméfaction très légère du voile à droite, qui existe, paraît-il, depuis 3 jours. Ceci pour la première fois. Quelques points blanchâtres sur les amygdales.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus (quelques gouttes) = strepto-hémolytiques.

Amydalectomie totale à chaud à l'anse à droite. Sous anesthésie locale.

Suites opératoires: 5 jours après quitte le service.

N° 11. Phlegmon de la loge amygdalienne bilatéral. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale bilatérale à chaud à l'anse.

K... Marie, 20 ans, ouvrière.

Passé amygdalien: Angine aiguë il y a 10 jours; cela fréquemment.

Examen clinique: Depuis 2 jours, dysphagie pour les solides. Trismus moyen. Signe pupillaire +. Tuméfaction du voile plus marquée à gauche. Oedème de la luette.

Traitement chirurgical: Ponction à gauche et à droite = pus: Strepto-hémolytique. Anesthésie locale.

Amygdalectomie totale bilatérale à chaud à l'anse.

Suites opératoires: Ne peut avaler pendant 2 jours. Après 10 jours, quitte le service.

N° 12. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à chaud à droite; Slüder.

Enfant.

W... Alice, 8 ans.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Voix nasonnée. Légère rougeur du voile à droite.

Traitement chirurgical: Ponction = pus en petite quantité = strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à droite, à chaud. Slüder.

Suites opératoires: Le lendemain, peut avaler les liquides.

3 jours après, quitte le service.

N° 13. — Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à chaud à gauche. — Slüder.

H... Marie, 16 ans, bonne.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Depuis 8 jours, angine. Douleurs à la déglutition. Le voile rouge bombe à gauche. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud, à gauche. Slüder.

Suites opératoires: 4 jours après quitte le service.

N° 14. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche.**

F... Arthur, 26 ans, ouvrier.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Malade fatigué, abattu; ne peut parler. Voile du palais tuméfié dans son ensemble. Luette rejetée à droite. Pilier antérieur gauche œdématié. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = pus = Strepto-verdissants. Sous anesthésie locale.

Amygdalectomie totale à l'anse à chaud, à gauche. Nombreuses adhérences.

Suites opératoires: le soir 40°. 1/4 cm^3 électrargol intra-musculaire. Le lendemain, repose quelques heures la nuit. Après 10 jours, quitte la clinique.

Résultat: A la partie supérieure de la loge, il reste quelques follicules amygdaliens.

N° 15. **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à l'anse à gauche à chaud.**

M... Willy, 34 ans, conducteur tramways.

Passé amygdalien: Abcès de la loge aux changements de saison.

Examen clinique: Depuis 3 jours, douleurs à la déglutition; trismus; dysphagie complète; douleurs dans l'oreille gauche; ne dort plus.

Léger œdème de la luette. Le voile bombe très fortement seulement à gauche.

Traitement chirurgical: Ponction = pus fétide = strepto-anaérobie-entérocoques.

Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche. Sous anesthésie locale.

Suites opératoires: Le lendemain, l'œdème du voile persiste encore. 6 jours après, quitte la clinique.

N° 16. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à l'anse à chaud à droite.

E... Camille, 40 ans.

Passé amygdalien: Ablation des amygdales à 11 ans. Jusqu'à maintenant, rien à la gorge.

Examen clinique: Depuis 8 jours, gêne à la déglutition avec otalgie à droite. Le phlegmon se serait ouvert il y a 2 jours. Malade fatigué. Trismus. Ne peut parler.

Traitement chirurgical: Ponction = pus fétide = Strepto-verdissant + staphylo blancs.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à l'anse à chaud, à droite. Une grande quantité de pus s'écoule au décollement du pôle supérieur.

Suites opératoires: Le soir de l'intervention: 39;8°. Hémoculture. Electrargol 8 cm³. Le lendemain, 38°. 3 jours après, bon état local, peut avaler. 10 jours après, quitte le service. Hémoculture —.

N° 17. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction exploratrice. — Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite.

K... Albert, 31 ans, serrurier.

Passé amygdalien: Angines fréquentes en hiver.

Examen clinique: Depuis 4 semaines, fatigue, douleurs à la déglutition, aphonie, dysphagie pour

les solides. Tuméfaction du voile très prononcée à droite, rougeur diffuse.

Traitement chirurgical: Ponction = pus = strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à droite, sous anesthésie locale. L'amygdale se décolle très facilement.

Suites opératoires: 5 jours après, quitte la clinique.

N° 18. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud l'anse à gauche.**

H... Albert, 18 ans.

Passé amygdalien: Sensation continuelle de gêne à la déglutition. Depuis l'âge de 16 ans, 5 phlegmons soit à gauche, soit à droite.

Examen clinique: Depuis 3 jours, douleurs à la déglutition, voix nasonnée, léger trismus. Le voile est rouge dans toute son étendue, bombe nettement à gauche; pilier antérieur gauche œdématié, T. 38,8°.

Traitement chirurgical: Ponction = pus fétide = strepto-hémolytiques. Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud à gauche à l'anse. Le pus s'échappe en abondance (aspiration).

Suites opératoires: Le lendemain, T. 37°. 4 jours après quitte la clinique.

N° 19. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite.**

B... Eugénie, 20 ans, bonne.

Passé amygdalien: Ablation des amygdales à l'âge de 17 ans, pour abcès intra-amygdaliens. Souvent mal à la gorge.

Examen clinique: Les restes d'amygdales sont assez volumineux, recouverts de fausses membranes blanchâtres. Le voile est plus rouge et plus bombé à droite. Douleurs à la déglutition. T. 38,6°. Frottis = négatif.

Traitement chirurgical: Ponction = un peu de pus = strepto-hémolytiques + entérocoques + b. pseudo-diphtéritiques. Anesthésie locale.

Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à droite. Très nombreuses adhérences. La malade saigne plus que les autres. Tamponnement digital.

Suites opératoires: Pas d'hémorragie.

La température se maintient à 37,6° à la suite infection génitale. Après 10 jours quitte la clinique pour traitement approprié.

N° 20. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à droite.

L... Antoine, 41 ans, garçon.

Passé amygdalien: Maux de gorge fréquents. Se soigne lui-même.

Examen clinique: Depuis 5 jours, tout à coup dysphagie, asthénie, salivation. Perte du sommeil. Voix nasonnée. Signe pupillaire +. T. 39,6°.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques. Anesthésie locale.

Amygdalectomie totale à chaud, à droite, à l'anse. Nombreuses adhérences, bridant le pus dont la poche est très profonde.

Suites opératoires: Le lendemain, œdème marqué de la loge et du pilier à droite. Nombreuses fausses membranes. Le surlendemain, T. 37,9°. Amélioration. 3 jours après, peut avaler. 7 jours après, quitte le service.

N° 21. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à droite.**

M... Pierre, 19 ans, garçon boucher.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Depuis 8 jours, angine. Reste couché. Avant hier dysphagie pour les solides. Le voile bombe très nettement à droite. Salive abondamment. Signe pupillaire +. Douleurs dans l'oreille droite.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques. Anesthésie locale.

Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à droite. L'amygdale se décolle bien.

Suites opératoires: Après 4 jours, quitte le service.

N° 22. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction — Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.**

A... Célestine, 24 ans, employée.

Passé amygdalien: Il y a 2 ans, aurait eu 2 abcès à gauche.

Examen clinique: Il y a 5 jours, tout à coup le soir douleurs dans la gorge. Dans la nuit, réveil par brusque sensation d'étouffement. Ne peut avaler les liquides. Ne dort presque plus. Salivation abondante. Douleur dans l'oreille gauche. Le voile, très rouge, bombe très fortement à gauche, avec œdème marqué de la luette, amygdale pas visible. T. 38,8°.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche, sous anesthésie locale. Nombreuses adhérences.

Suites opératoires: Le lendemain, T. 37,2°. Le surlendemain, T. 36,8°. Après 8 jours, quitte le service.

N° 23. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à gauche. — Slüder.**

A... Marie, 32 ans.

Passé amygdalien: Angines fréquentes en hiver.

Examen clinique: Angine pultacée il y a 8 jours. On fait un examen à la consultation, des fausses membranes: résultat —. Depuis 2 jours ne peut avaler. Signe pupillaire +. Léger œdème du voile à gauche.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus (petite quantité) = Strepto-hémolytiques + bacilles pseudo-diphtéritiques.

Amygdalectomie totale à chaud, à gauche (faite rapidement) sous anesthésie locale. Slüder.

Suites opératoires: 5 jours après, quitte le service.

N° 24. — **Phlegmon de la loge à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à gauche.**

M... Charles, 32 ans, magasinier.

Passé amygdalien: Aurait eu déjà 1 abcès à gauche il y a 1 an.

Examen clinique: Il y a 1 semaine, après un coryza, la dysphagie s'installe. Depuis 5 jours, n'avale rien. Malade fatigué. Signe pupillaire +. Trismus marqué. Salivation abondante. Fort œdème du voile et du pilier antérieur gauche.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques + entérocoques.

Amygdalectomie totale à chaud, à gauche (anse). L'amygdale se décolle bien. Anesthésie locale.

Suites opératoires: 3 jours après, peut avaler. 7 jours après quitte le service.

N° 25. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à gauche.**

D... Joseph, 30 ans, serrurier.

Passé amygdalien: Il y a 10 ans aurait eu un abcès à gauche.

Examen clinique: Angine il y a 4 jours. La dysphagie s'est installée pour les solides. Voix nasonnée. Signe pupillaire +.

Le pilier antérieur gauche, œdématié et rouge, cache l'amygdale. Le voile, rouge, bombe un peu. Isthme du gosier très rétréci.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques.

Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche, sous anesthésie locale. L'œdème du pilier gêne la prise. Saigne.

Suites opératoires: Suce de la glace pendant la journée. Le lendemain, fièvre tombée à 37,6°. 6 jours après, quitte le service.

N° 26. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, bilatérale. Slüder.**

Enfant:

H... Marcelle, 13 ans.

Passé amygdalien: Fréquemment angines depuis l'âge de 8 ans.

Examen clinique: Tout à coup, il y a 3 jours, dysphagie, douleurs irradiées à l'oreille droite. Salivation abondante. Voix nasonnée.

Oedème marqué du pilier antérieur, cachant l'amygdale. Rougeur du voile.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques + staphylocoques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie Slüder des 2 côtés à chaud.

Suites opératoires: 3 jours après, T. 37,6°. Après 5 jours, quitte la clinique.

N° 27. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à droite.**

D... Georges, 20 ans, boulanger.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Il y a 1 semaine, amygdalite aiguë, puis tout à coup T. 39°. Oedème pilier antérieur et rouge.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus en petite quantité = entérocoques + micrococus.

Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à droite sous anesthésie locale. Peu d'adhérences.

Suites opératoires: Le surlendemain, T. 36,9°. Quitte la clinique 4 jours après.

N° 28. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. Ponction. — Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à droite.**

R... Cécile, 19 ans, bonne.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Depuis 2 jours, fatiguée; céphalées, dysphagie progressive. Signe pupillaire +. Voix nasonnée. Oedème marqué du voile à droite.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à droite.

Suites opératoires: Loge remplie de fausses membranes. Examen s. p. 8 jours après, quitte la clinique.

N° 29. **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.**

K... Anne, 19 ans, infirmière.

Passé amygdalien: Depuis 1 an, angines fréquentes. Il y a 8 mois, abcès bilat. Incisés.

Examen clinique: Après angine durant 5 jours, dysphagie, douleurs irradiées à région carotidienne. Léger trismus, salivation abondante. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques + staphylos dorés.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, assez difficile.

Suites opératoires: 8 jours après, quitte le service.

N° 30. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à gauche.**

W... Joseph, 30 ans, ouvrier.

Passé amygdalien: A eu déjà 4 abcès de la loge tantôt à droite, tantôt à gauche, toujours incisés.

Examen clinique: Angine il y a 8 jours, rougeur diffuse du voile. Le voile bombe très fortement à gauche. L'amygdale est cachée.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale, à chaud, à l'anse. Très grande difficulté. Adhérences nombreuses et très dures. Le pus est très profond. Intervention douloureuse.

Suites opératoires: 3 jours après, T. 37°. 6 jours après, quitte le service.

N° 31. — Phlegmon de la loge à droite. — Ponction. Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à droite.

L... Guillaume, 44 ans, garçon d'anatomie.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Il y a 4 semaines, angine. Dysphagie depuis 4 jours. Trismus. Insomnie. Signe pupillaire +. Oedème du pilier antérieur et du voile, cachant l'amygdale qui est très petite et cryptique.

Traitement chirurgical: Anesthésie locale, faisant céder trismus. Ponction: pus en petite quantité = entérocoques + staphylo.

Amygdalectomie totale, à chaud, à l'anse, à droite, difficile par les adhérences.

Suites opératoires: Le lendemain, la dysphagie continue. 8 jours après, quitte la clinique.

N° 32. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à gauche, à l'anse, à droite.

A... Albert, 29 ans, cordonnier.

Passé amygdalien: Il y a 4 ans, semblable affection. Chaque hiver angine.

Examen clinique: Il y a 4 jours, gêne à la déglutition, qui s'accentue. Dysphagie. Salivation, dou-

leurs irradiées à l'oreille droite. Signe pupillaire +. Voile bombé à droite et très rouge. Amygdale non visible.

Traitement chirurgical: Ponction = un peu de pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse: hypertrophie amygdalienne énorme.

Le pôle supérieur de l'amygdale est seul douloureux.

Suites opératoires: La loge est très large. Après 8 jours, quitte la clinique.

N° 33. — **Phegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.**

S... Anne, 15 ans, ouvrière.

Passé amygdalien: Depuis 3 ans, chaque année abcès.

Examen clinique: Dysphagie à la suite angine banale. Depuis 2 jours, douleurs irradiées à l'oreille gauche. Signe pupillaire très net. Tout le voile est bombant; à gauche, l'amygdale est rejetée vers l'isthme gosier.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = Strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche, rapidement, sans douleurs.

Suites opératoires: L'œdème du voile persiste 3 jours. Quitte le service après 6 jours.

N° 34. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.**

B... Georgette, 28 ans, bonne.

Passé amygdalien: Angines fréquentes avec réaction auriculaire.

Examen clinique: gêne à la déglutition depuis 15 jours. Rougeur très accentuée du pilier antérieur gauche. Le voile bombe légèrement du même côté. Amygdale rejetée vers l'isthme du gosier. Oedème très marqué de la luette. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Pendant la nuit, l'abcès s'est vidé; fistule visible.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche. Amygdale grosse, très dure.

Suites opératoires: 7 jours après, quitte la clinique.

N° 35. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à gauche.**

R... Marie, 20 ans, sage-femme.

Passé amygdalien: à 13 ans, on aurait retiré les amygdales. L'année dernière, phlegmon à droite résorbé spontanément.

Examen clinique: Dysphagie pour les solides. Insomnie depuis 3 jours: Amygdalite aiguë: après 3 jours de traitement, rien de changé. Peu de fièvre. A gauche, le voile du palais devient particulièrement rouge.

Traitement chirurgical: Ponction: quelques gouttes de pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale: Amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche.

Suites opératoires: 6 jours après quitte le service.

N° 36. — Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à gauche. Slüder.

Enfant: G... Yvonne, 6 ans.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Enfant fatigué. Voix nasonnée. Ne mange plus depuis 5 jours. Signe pupillaire +. Tout le voile bombe. Amygdale refoulée vers l'isthme du gosier.

Traitement chirurgical: Ponction = 8 cm^3 de pus = streptohémolytiques.

Anesthésie locale: amygdalectomie totale à chaud à gauche Slüder. L'enfant n'a pas bougé.

Suites opératoires: 5 jours après, les parents reprennent l'enfant avec 37,2°.

N° 37. — Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à gauche.

G... Marie, 17 ans, couturière.

Passé amygdalien: Aurait eu un abcès résorbé spontanément il y a 2 ans. Angines fréquentes.

Examen clinique: Après refroidissement, picotements dans la gorge, puis dysphagie s'installe. Signe pupillaire +. A gauche, le pilier antérieur et le voile bombent.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-anaérobies.

Anesthésie locale = amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche.

Saigne plus que normalement. Tamponnement digital. 10 minutes. Arrêt de l'hémorragie.

Suites opératoires: Quitte le Service une semaine après.

N° 38. — Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud, à l'anse, à gauche.

M... Adèle, 16 ans, bonne.

Passé amygdalien: S. p.

Examen clinique: Subitement la dysphagie s'est installée. Après 3 jours, signe pupillaire +. Le voile bombe seulement à droite.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = streptohémolytiques.

Anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à gauche.

Suites opératoires: Le lendemain, peut avaler. T. 37,2°. Après 4 jours quitte le service.

N° 39. — Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche, puis à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à chaud bilatérale.

S... Marie, 20 ans, serveuse.

Passé amygdalien: Depuis l'âge de 14 ans, chaque année phlegmons qui se sont résorbés spontanément.

Examen clinique: Angine il y a 8 jours. Depuis 10 jours, dysphagie progressive. Signe pupillaire +.

Le voile bombe à gauche; œdème du pilier antérieur et de la luette.

Traitement chirurgical: ponction = pus = streptohémolytiques.

Anesthésie locale: amygdalectomie totale à chaud à l'anse. Le pôle supérieur est très adhérent.

Suites opératoires: après 3 jours, t. 37°. Mais le lendemain, T. 38,6°. Le voile à droite bombe. Oedème de la luette apparaît légèrement.

Traitement: ponction = un peu de pus = streptohémolytiques.

Anesthésie locale: amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite.

Suites opératoires: 12 jours après, quitte le service.

N° 40. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à l'anse à chaud, à droite.**

R... Berthe, 20 ans, bonne.

Passé amygdalien: Angines très fréquentes. Phlegmon il y a 1 an, résorbé spontanément.

Son père lui aussi est sujet à des abcès.

Examen clinique: Après une grippe durant depuis 10 jours, dysphagie. Son médecin a déjà incisé l'abcès. Malade très fatiguée. Voix nasonnée. Trismus peu accentué. T. 39,6°.

Le voile bombe fortement à droite, rouge sombre. Amygdale rejetée vers l'isthme du gosier. Rien à gauche. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction + = pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale: amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite: difficile; amygdale très friable. Intervention douloureuse.

Suites opératoires: nombreuses fausses membranes de la loge. Examen: pas de bacilles diphtéritiques. T. 37,3°. 13 jours après, T. 39°. Début de phlegmon à gauche. La malade refuse toute intervention.

N° 41. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à droite. — Ponction. — Amygdalectomie totale à l'anse à chaud, à droite.**

K... Georgette, 16 ans, bonne.

Passé amygdalien: angines fréquentes.

Examen clinique: Après une angine qui dura 8 jours, tout à coup dysphagie. Signe pupillaire +. Voix nasonnée. Malade fatiguée. Grosse tuméfaction du voile à droite, rouge sombre, avec oedème pilier antérieur.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = strepto-hémolytiques.

Anesthésie locale: amygdalectomie totale à l'anse à chaud à droite.

Après avoir retiré l'amygdale, du pus (5 cm^3), s'écoule.

Suites opératoires: 6 jours après la malade quitte le service.

N° 42. — **Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. — Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.**

J... Antoine, 16 ans, ouvrier.

Passé amygdalien: Aurait eu 2 phlegmons de la loge (amygdalienne). Sa mère a été hospitalisée et son père voici quelque temps pour semblable affection.

Examen clinique: La dysphagie s'est installée cette fois tout à coup. Le voile à gauche bombe légèrement, mais rougeur diffuse de tout le voile. Oedème du pilier antérieur gauche. Oedème de la luette. Signe pupillaire +.

Traitement chirurgical: Ponction = Pus = entérocoques. Amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche, sous anesthésie locale.

Suites opératoires: La fièvre ne tombant pas rapidement pendant 2 jours, 1/4 cm^3, puis 1/2 cm^3 de Propidon. 10 jours après quitte la clinique.

N° 43. — Phlegmon de la loge amygdalienne à gauche. — Ponction. —Amygdalectomie totale à l'anse, à chaud, à gauche.

P... Frieda, 30 ans.

Passé amygdalien: angines fréquentes en hiver.

Examen clinique: amygdalite aiguë. Après 3 jours, voix nasonnée. Léger trismus. Dysphagie complète. Oedème du voile, surtout marqué à gauche. Signe pupillaire +. T. 40°.

Traitement chirurgical: ponction = pus = strepto-hémolytiques. D'abord incision. Le lendemain, la fièvre tombe; le surlendement T. 39°. Sous-anesthésie locale. Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à gauche. Amygdale très friable; du pus s'écoule au moment de l'ablation. Nombreuses adhérences.

Suites opératoires: Pendant 9 jours, la température se maintient aux environs de 39,3° le soir, avec rémission à 38° le matin. Le soir, intervention. Septicémine intra-veineuse à raison de 8 cm^3 par jour. Suppositoire à la quinine. 1 abcès de fixation à la cuisse droite qui a pris et a été ouvert, le 4e jour. Badigeonnage de la loge 2 fois par jour au collargol; pour de nombreuses fausses membranes — traces d'albumine dans les urines. — Le 9e jour, T. = 37,2°. Quelques oscillations jusqu'à 38° jusqu'au 15e jour. Plus de septicémine, mais urotropine per os 2 gr. par jour pendant 5 jours. La loge amygdalienne est nette. Quitte la clinique 1 mois après son entrée. — Localement, va bien. Plus l'albumine. La cicastrisation de l'abcès n'est pas complète. Les hémocultures faites ont toujours été négatives. Examen fausses membranes. —

N° 44. — **Phlegmon de la loge amygdalienne bilatéral. — Ponction. — Amygdalectomies totales à chaud, à l'anse.**

G... Cécile, 23 ans, bonne.

Passé amygdalien: Angines fréquentes.

Examen clinique: Angine a début brusque il y a 2 jours, à la suite d'une grippe, qui avait nécessité son hospitalisation dans une clinique médicale. Voix nasonnée. Le voile bombe un peu, mais les amygdales hypertrophiées font saillie dans l'isthme du gosier. Légère dyspnée.

Traitement chirurgical: Ponction des 2 côtés = Pus = strepto-hémolytiques. Sous anesthésie locale: Amygdalectomie totale à chaud à l'anse à droite. Nombreuses adhérences. Amygdale très friable. Mais tout à coup crise nerveuse, à symptômes hystériques, empêche de continuer. Le lendemain, sous anesthésie locale, amygdalectomie totale à l'anse à chaud à gauche. Adhérences surtout au pilier antérieur.

Suites opératoires: Le lendemain soir, T. 40,8°. Pendant 8 jours, septicémine 8 cm^3 par jour. Abcès de fixation. Suppositoires à la quinine, (1 gr. 50 par jour). Incision de l'abcès au 5e jour. Au 8e jour, T. 36,9°. Albumine: traces. On donne alors pendant 10 jours 2 gr. urotropine per os. Après un mois, quitte la clinique, complètement guérie. — On avait fait le surlendemain de l'intervention une hémoculture qui était stérile.

N° 45. — **Phlegmon de la loge amygdalienne bilatéral. — Ponctions. — Amygdalectomies totales à l'anse, à chaud.**

M... Charles, 32 ans, ouvrier.

Passé amygdalien: Aurait eu, il y a 4 mois, semblable affection.

Examen clinique: Faciès fatigué. Il y a 5 jours, la dysphagie s'est installée, pour devenir totale actuellement. Voix très nasonnée. Trismus peu accentué. Le voile rouge foncé est très œdématié dans toute son étendue, faisant un bourrelet à la séparation du palais dur et du palais mou.

Traitement chirurgical: Ponction des 2 côtés = Pus = strepto-hémolytiques.

Sous anesthésie locale, amygdalectomie totale à chaud à l'anse bilatérale. Très grande quantité de pus, que la ponction n'a pas aspiré complètement. Amygdales petites et scléreuses.

Suites opératoires: Le surlendemain, peut avaler les liquides. Cependant le voile est encore œdématié. 7 jours après quitte le Service. Les loges sont nettes.

⁂

Nous venons de publier 45 observations de phlegmon de la loge amygdalienne opérés à chaud par l'amygdalectomie totale. — Cette liste fut établie du 16 janvier au 16 novembre 1931. La série continue.

AMYGDALECTOMIES TOTALES A CHAUD: 55.

Nombre de malades du 16 janvier au 16 novembre 1931: 45.

a) cas bilatéral 5 = 10
b) cas unilatéral auquel on a retiré les 2 amygdales 5 = 10
c) cas unilatéral 35 = 35

amygdalectomies: 55

Côté de l'abcès:

18 à gauche
22 à droite

Age des malades:

1 cas de 55 ans
2 cas au-dessus de 40 ans
18 cas de 20 à 40 ans
21 cas de 10 à 20 ans
3 cas de 5 à 10 ans.

Sexe des malades:

masculin: 20
féminin: 25

Température le jour de l'amygdalectomie	Nombre de cas	Nombre de jours après l'intervention T = 37°
40°6	1	8 jours après
40°	2	1 cas 3 jours après 1 cas 5 jours après
39°	1	14 jours après
	1 (bilat.)	12 jours après
	1 (bilat.)	a) 3 jours après b) 2 jours après
	8	*moyenne 4 à 5 jours*
	1	3 jours après
38°	1	se maintient à 37°8 (Infection génitale)
	1	le 7e jour
	1	après 3 jours, puis 5 jours, *frissons* le 7e jour après
	18	*2 à 3 jours après*
	9	*le lendemain.*

Conclusions générales

Cette thèse a pour but d'exposer les résultats des recherches entreprises pour déterminer le siège exact des collections nommées jusqu'à maintenant «abcès péri-amygdaliens antéro-supérieurs».

Ces recherches expérimentales sont les suivantes:

I. *Recherches expérimentales sur le cadavre:*

Des injections de liquide coloré faites les unes par la voie buccale et les autres par la voie cervicale ont réalisé un abcès artificiel au niveau de la loge amygdalienne, dans l'espace clivable, espace celluleux, nettement séparé du cou par la barrière musculo-aponévrotique latérale du pharynx.

II. *Recherches expérimentales sur le vivant:*

A. *La Ponction exploratrice.* — Cette ponction a permis d'aspirer le pus directement, en plaçant l'extrémité de l'aiguille dans la loge amygdalienne. La ponction exploratrice a une valeur très grande pour le diagnostic de ces suppurations. Il semble qu'il y ait intérêt à ce qu'elle pénètre dans la pratique, et à ce qu'elle soit employée systématiquement pour le diagnostic. Grâce à elle, le diagnostic sera plus précoce, et bien des erreurs seront évitées. Enfin, elle a permis d'analyser le pus dans de meilleures conditions, ce qui a fait constater la présence presque constante du streptocoque hémolytique. Elle a donné des renseignements sur la capacité approximative de la loge.

B. *Les injections de lipiodol. Lipio-diagnostic.* — Après avoir retiré le pus par la ponction et vidé autant que possible la collection, on a remplacé ce pus par du lipiodol, et on a fait radiographier ces malades. Les clichés de face et de profil montrent que la collection siège bien dans la loge amygdalienne, et même permettent d'apercevoir des adhérences qui divisent le liquide en plusieurs traînées noires très bien visibles sur l'image.

C. *L'amygdalectomie totale à chaud* nous a fourni la preuve la plus évidente du siège exact des collections. En effet, nous avons opéré 45 malades, et nous avons enlevé 50 amygdales pour des suppurations péri-amygdaliennes. Toutes les fois sans exception, nous avons trouvé le pus derrière l'amygdale au niveau de l'espace celluleux qui sépare la glande de l'aponévrose et des muscles du pharynx. Nous n'avons jamais constaté la perforation de cette barrière; donc pas de suppuration dans l'espace préstylien. Ce siège cervical serait une complication. Ces constatations opératoires sur le vivant nous permettent d'affirmer que le pus se trouve *dans la loge amygdalienne*. Dans ces conditions, l'ablation totale de l'amygdale doit supprimer la cause de la suppuration, et réaliser la mise à plat du foyer.

Ces recherches expérimentales nous ont permis d'examiner les pièces opératoires macroscopiquement et microscopiquement, et de faire des constatations du plus haut intérêt.

L'examen anatomo-pathologique:

Les examens anatomo-pathologiques portent sur 50 amygdales.

L'examen des tissus péri-amygdaliens:

a) Nous avons toujours trouvé des lésions aiguës des tissus péri-amygdaliens.

b) Ces lésions étaient chaque fois du type phlegmoneux diffus.

Il semble permis de penser que s'il y avait eu «abcès» de la loge amygdalienne, on aurait trouvé la caractéristique anatomique: *la membrane pyogène.* C'est pourquoi nous pensons préférable de remplacer le terme d'«abcès» par celui de «*phlegmon*». Cette expression paraît conforme aux lésions qui furent trouvées.

Examen du tissu amygdalien. — Des lésions aiguës de l'amygdale concomitantes avec celles des tissus péri-amygdaliens furent constatées dans 19 cas seulement sur les 50 amygdales examinées. Dans ces 19 cas, l'infection aiguë des tissus péri-amygdaliens provenait nettement de l'amygdale. Mais les données cliniques nous apprennent que dans les 31 cas restants, l'amygdalectomie totale a eu lieu lorsque l'infection aiguë de l'amygdale était passée.

C'est pourquoi il nous semble permis de penser que le phlegmon de la loge amygdalienne est consécutif à une infection aiguë de l'amygdale. Cette infection plus ou moins massive de la glande se propagerait de proche en proche à travers le parenchyme amygdalien, pour se manifester dans l'espace

cellulaire clivable: «*la loge amygdalienne*» sous la forme de phlegmon.

*
**

De tous ces travaux, il résulte enfin des déductions thérapeutiques très importantes.

La chirurgie amygdalienne.

1° *L'incision.* — Il semble que l'on puisse reprocher aux modes d'ouverture des auteurs classiques d'aller à la recherche du pus en haut et en dehors. En général, on croit que l'abcès est haut situé, vu que le maximum des signes objectifs se trouve au niveau du voile du palais. C'est cette symptomatologie vélique qui appelle l'ouverture haute, ouverture souvent étroite, parcimonieuse, en boutonnière. Au contraire, il paraît raisonnable de pratiquer une incision correspondant à toute la hauteur de la loge amygdalienne. Cette ouverture *sera large et faite au point déclive.* Elle sera basée sur les principes de la chirurgie générale.

2° *L'amygdalectomie totale à chaud.* — Paraît être le traitement logique des phlegmons de la loge amygdalienne. Enlever l'amygdale, c'est supprimer la cause de la suppuration, et du même coup mettre le foyer à plat. De fait, les 45 malades opérés ont guéri avec une rapidité que ce raisonnement explique. Nous n'avons eu ni incident, ni accident. Nous sommes trop prudents pour proposer l'amygdalectomie totale à chaud comme traitement systématique de ces suppurations. Il nous paraît plus sage d'avoir encore une plus grande expérience.

Pour le moment, ces interventions à chaud nous ont donné de grandes satisfactions. En effet, nous avons le droit de dire que cette amygdalectomie totale à chaud est réalisable sans témérité. Elle nous a apporté la preuve du siège anatomique exact de ces collections, et elle nous a permis d'en préciser la nature:

Ce sont des phlegmons de la loge amygdalienne.

Vu: le Président de Thèse:
G. CANUYT.

Vu: le Doyen de la Faculté:
P. MERKLEN.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg:
DRESCH.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE.

ARSIMOLES. — Des abcès péri-amygdaliens. Recherches sur le siège anatomique. — (Thèse, Toulouse, 1902).

AUBRIOT. — Phlegmon péri-amygdalien. — 37e Congrès français d'oto-rhinologie, octobre 1924.

BARNES H. — The tonsills. — 1923, p. 109 à 111.

BARTH. — Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1899, n° 14.

BASAVILBASO. — Revue de laryngologie de Moure, n° 22, 30 novembre 1929.

BOTAY Ricardo. — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites phlegmoneuses. Extirpation complète de la moitié supérieure de cet organe comme unique traitement efficace. — XIIIe Congrès International de Médecine, Paris 2—9 août 1900.

BROCA. — Angine phlegmoneuse. — Traité de Chirurgie Duplayet Reclus, t. V, p. 213.

G. CANUYT. — Les angines aiguës dites arthritiques. — Revue de Laryngologie de Moure, n° 22, novembre 1916.

— Les phlegmons péri-amygdaliens. Etude expérimentale. Résultats. Déductions chirurgicales. — Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, novembre 1930.

— La Chirurgie des phlegmons péri-amygdaliens basée sur les résultats de l'Etude expérimentale. (Société de laryngologie de Paris. Déc. 1930 ou Annales d'oto-rhino-laryngologie, n° 1, Janvier 1931.)

G. CANUYT et T. HORNING. — Le siège anatomique exact des phlegmons péri-amygdaliens. Etude anatomo-pathologique d'un cas mortel. — Ann. Oto-laryngologie, n° 7, juillet 1931.

— Les phlegmons de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale «à chaud». — Paris Médical, 5 septembre 1931.

G. CANUYT et TERRACOL. — Les phénomènes oculaires dans les suppurations péri-amygdaliennes. — Revue d'oto-neuro-ophtalmologie, p. 539, 1924.

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration et du drainage. — Paris, 1859.

CHIARI. — Localisation de l'angine phlegmoneuse. — Wien. klin. Wochenschrift, 1889.

COBB. — Abcès péri-tonsillaire. — Boston Medical and Surgical Journal, 27 juillet 1899.

ERDELYI. — Sur le traitement opératoire de la péri-tonsillite. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1930.

ESCAT. — Technique oto-rhino-laryngologique, Paris, 1921.

GRÜNWALD. — A propos des péri-amygdalites phlegmoneuses, Localisation et traitement des phlegmons pharyngés. — Münchn. Med. Wochenschrift, n° 38, 1896.

HELLER. — Abcès péri-tonsillaire et son traitement. — The Laryngoscope, mars 1921, p. 236.

HIS. — Archiv für Anatomie und Physiologie, 1895. Archiv für Laryngologie, Bd. III.

HOLLINGER. — Ablation des amygdales en présence des abcès péri-tonsillaires. — Annals of Otology, mars 1929, p. 195.

HORNING T. et WENGER S. — L'abcès péri-amygdalien et mydriases. — Revue oto-neuro-ophtalmologique, octobre 1931, n° 8.

KILLIAN. — Anatomie de l'angle supérieur de l'amygdale palatine. — Revue hebdomadaire de Laryngologie, octobre 1897.

KOENIG. — Un cas d'abcès froid amygdalien se réveillant à l'occasion des règles. — 1er Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai, 1923.

KOWLER. — L'Abcès ou phlegmon péri-amygdalien ne serait-il qu'une simple collection du voile du palais? — Revue de Laryngologie, p. 662, 1927.

LAURENS G. — Chirurgie oto-rhino-laryngologie. Edition 1906.

LUSCHKA. — Der Schlundkopf, Tübingen, 1868.

MILLET. — Traitement chirurgical des phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs. — Annales Maladies des Oreilles, juillet 1929.

MOULONGUET. — Le phlegmon péri-amygdalien. — Le Monde Médical, 15 juin 1928.

PATERSON. — The fossa supratonsilly and its affections. — Communication à la Société de Laryngologie de Londres, 9 février 1898.

POIRIER, CHAPUY A., CUNEO. — Abrégé d'Anatomie, tome III.

SEBILLEAU et TRUFFERT. — Le carrefour aéro-digestif. Le pharynx. Le larynx.

TAPTAS. — Amygdalectomie dans les phlegmons péritonsillaires. Oto-Rhino, Avril 1930.

TERRACOL. — Le siège anatomique des phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs. — Les annales d'Oto-rhino-laryngologie, 1929, p. 17.

THEISEN. — Traitement radical de l'abcès péri-amygdalien. — Annals of Otology, juin 1928, vol. 27, p. 600.

TROUSSEAU. — Clinique sur l'angine phlegmoneuse. — 2e édition, p. 329.

VERNEUIL. — Nature de l'amygdalite phlegmoneuse. — Gazette des Hôpitaux, 1872, p. 162.

VIELA. — La capsule amygdalienne. — Annales des maladies des oreilles, juin 1926.

VIELA et ESCAT. — Recherches anatomiques sur les connexions de l'espace préstylien et de la loge sous-maxillaire. Réflexions sur la migration sous-maxillaire de certains phlegmons péri-amygdaliens. — Congrès français d'oro-rhino-laryngologie, octobre 1930.

VINCENT. — Sur le rétrécissement unilatéral de la pupille dans les angines phlegmoneuses. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1904.

WINCKLER. — Amygdalectomie et abcès péri-tonsillaire. — Annales des maladies des oreilles, 1911, p. 897.

WORMS et LE MEE. — Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires. — Société française d'oto-rhino-laryngologie, Congrès 1930, t. XLIII.